



Referat II A

# Gesundheitsberichterstattung Berlin

Basisbericht 2003/2004

Daten des Gesundheits- und Sozialwesens



# Inhalt der Präsentation

- 1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin**
- 2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur**
- 3. Zur sozialen Lage**
- 4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage**
- 5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen**
- 6. Fazite und Empfehlungen an die Politik**



# 1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin

2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur
3. Zur sozialen Lage
4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage
5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen
6. Fazite und Empfehlungen an die Politik



Referat II A

Arbeitsgemeinschaft der Obersten  
Landesgesundheitsbehörden (AOLG)

## Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder



Dritte, neu bearbeitete Fassung, 2003



Referat II A

# Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder

- Dritte, neu bearbeitete Fassung des Indikatorensatzes seit 2003 in Kraft.
- Instrument der Gesundheitspolitik
  - für Erfassung und Beschreibung der gesundheitlichen Lage und der Gesundheitsversorgung
  - für regionale und Länder-Vergleiche
  - für die Beurteilung der Entwicklung in den Ländern
  - zur Aufstellung und Evaluation von Gesundheitszielen
  - für mehr Transparenz für Bürger/innen, Fachöffentlichkeit, Politik
- 297 Indikatoren in 11 Themenfeldern, 68 % sind geschlechtsspezifisch untergliedert.



## Gesetzliche Grundlagen

Die Gesundheitsberichterstattung ist im Land Berlin im **Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (Gesundheitsdienstgesetz - GDG)** vom 04. August 1994 geregelt.

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

(§ 29 Abs.1 GDG)

„Die Berichtsform gliedert sich in einen **Basisbericht**, der auf einer einheitlichen Datenerhebung, Datenverarbeitung und Berichterstattung beruht, und **Spezialberichte**, die Schwerpunktthemen und besondere Probleme von regionaler, epidemiologischer und soziostruktureller Bedeutung aufgreifen oder vertiefen.“

(§ 29 Abs. 2 GDG)



# Gesundheitsberichterstattung

## Basisberichterstattung

- Orientierung am Indikatorensetz der Länder
- erscheint regelmäßig
- Zielgruppenbetrachtung
- Auflistung von Risikofaktoren
- diagnosespezifische Auswertung
- Darstellung gesundheitsfördernder Aspekte

## Spezialberichte

- erscheint unregelmäßig
- zu Schwerpunktthemen (besondere Probleme von regionaler, epidemiologischer und soziokultureller Bedeutung)
- enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen

## Statistische Kurzinformationen

- zur schnellen Information der fachlichen und politischen Leitung sowie der interessierten (Fach-) Öffentlichkeit
- stark geraffte Form



1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin
- 2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur**
3. Zur sozialen Lage
4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage
5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen
6. Fazite und Empfehlungen an die Politik





## Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur

- Am 31.12.2003 lebten in Berlin 3,388 Mio. Menschen.
- Im Jahr 2003 hat die Einwohnerzahl Berlins gegenüber dem Vorjahr leicht abgenommen. Damit erreichte die Bevölkerung wieder den Stand von 2001. Eine Änderung der seit Mitte der neunziger Jahre zu beobachtenden rückläufigen Tendenz ist nach derzeitigen Erkenntnissen nicht zu erwarten. Im Prognosezeitraum 2002 bis 2020 wird die Berliner Bevölkerung um 0,8 % (rd. 25.600 Personen) zurückgehen.

Jugendlastenquotient	2003: 22,9 %	■	2020: 22,0 %
Altenlastenquotient	2003: 23,4 %	+	2020: 30,6 %
Gesamtlastenquotient	2003: 46,3 %	+	2020: 52,6 %

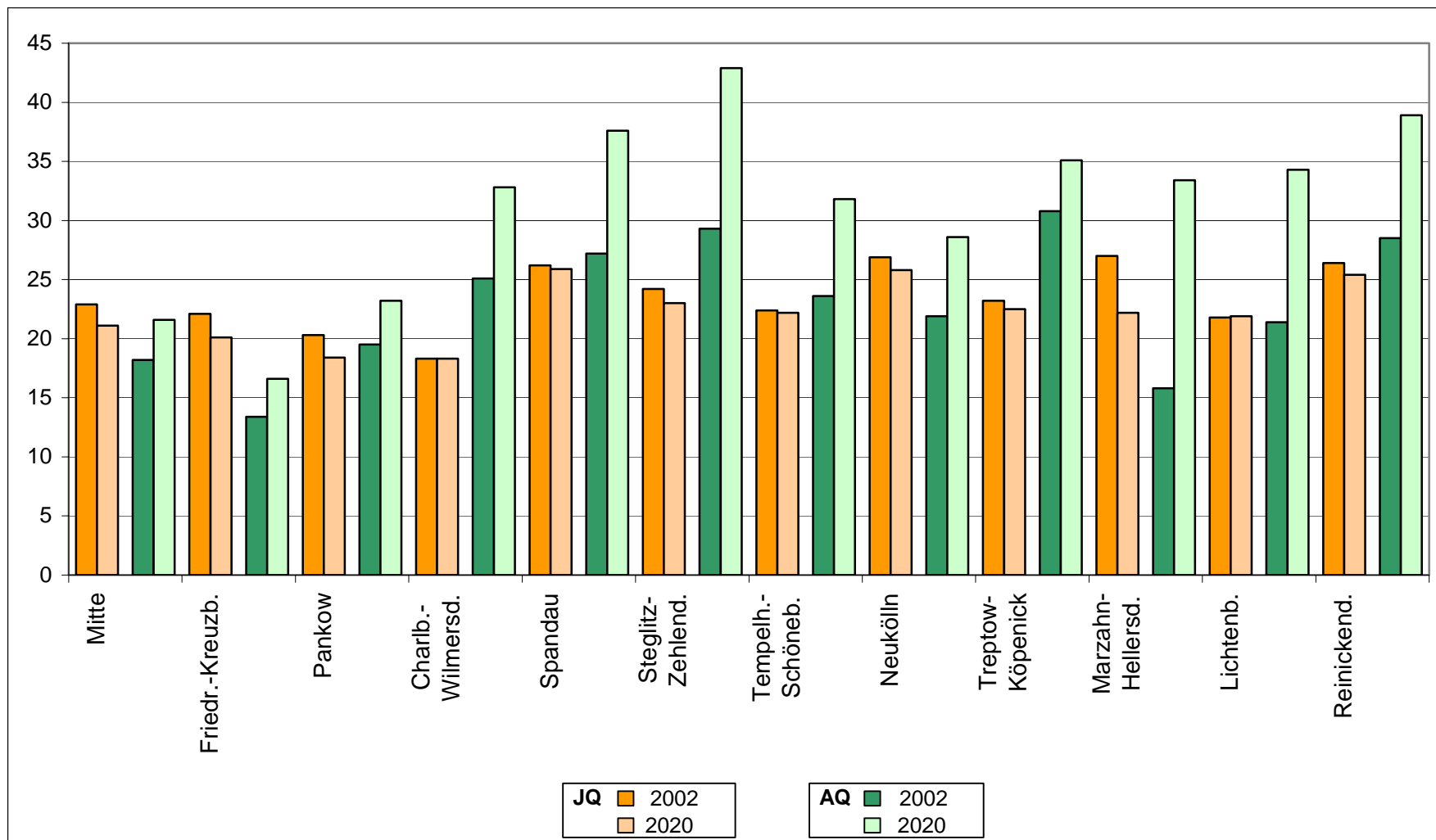
- unter Einbeziehung der Erwerbslosenquote in 2003 würde sich ein Gesamtlastenquotient von 55 % errechnen



Referat II A

# Jugend- und Altenquotient der Berliner Bevölkerung am 31.12.2002 und Prognose 2020 nach Bezirken

Senatsverwaltung für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz



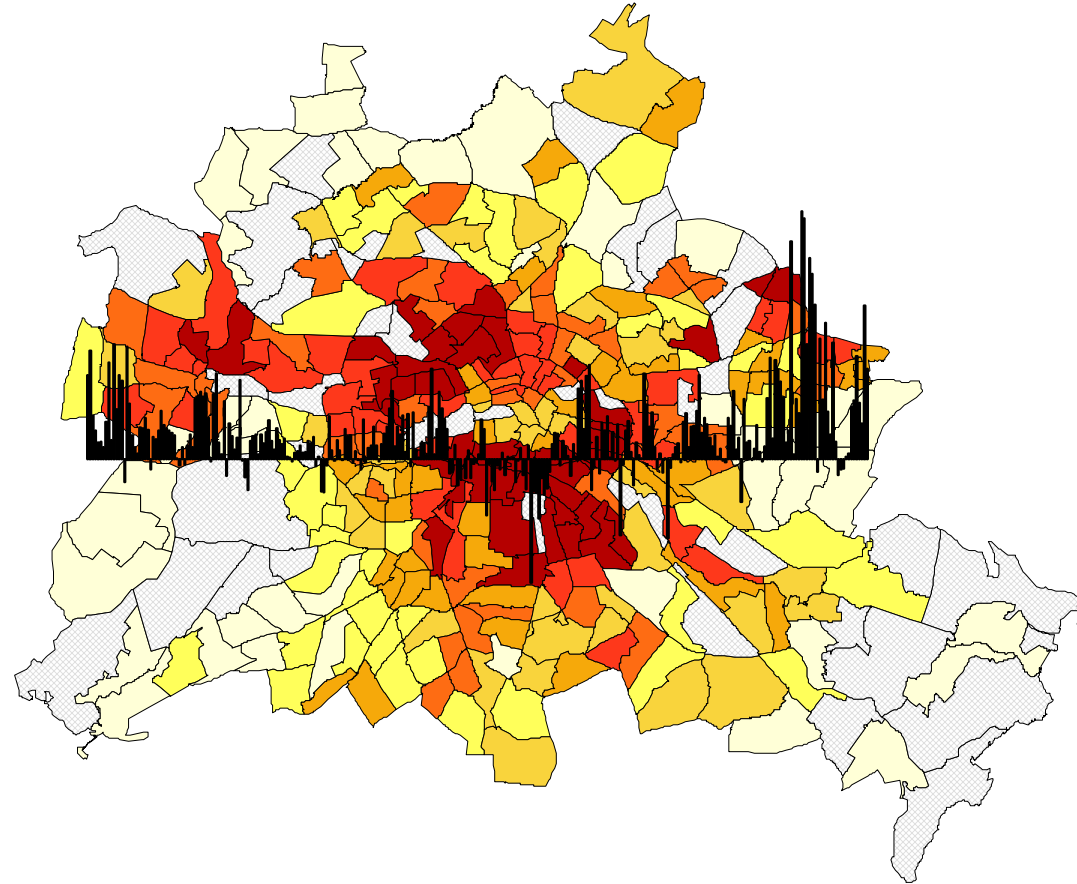


1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin
2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur
- 3. Zur sozialen Lage**
4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage
5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen
6. Fazite und Empfehlungen an die Politik



# SOZIALSTRUKTURATLAS BERLIN 2003

- Ein Instrument der quantitativen, interregionalen und intertemporalen  
Sozialraumanalyse und -planung –  
Spezialbericht 2004 – 1



Hauptparameter der sozialen Lage im Sozialstrukturatlas Berlin 2003 :

Bildung, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Armut.



## Zur sozialen Lage: Bildung

### Bildung:

Berlinerinnen und Berliner mit **Hauptschulabschluss und ohne Schulabschluss:**

insgesamt 914.600 Berliner/innen  
darunter 158.900 Ausländer/innen

	Quote in %
	2003
Gesamt	26,9
Männer	25,6
Frauen	28,2
Ausländer/innen	36,9

Berlinerinnen und Berliner **ohne beruflichen Ausbildungsabschluss:**

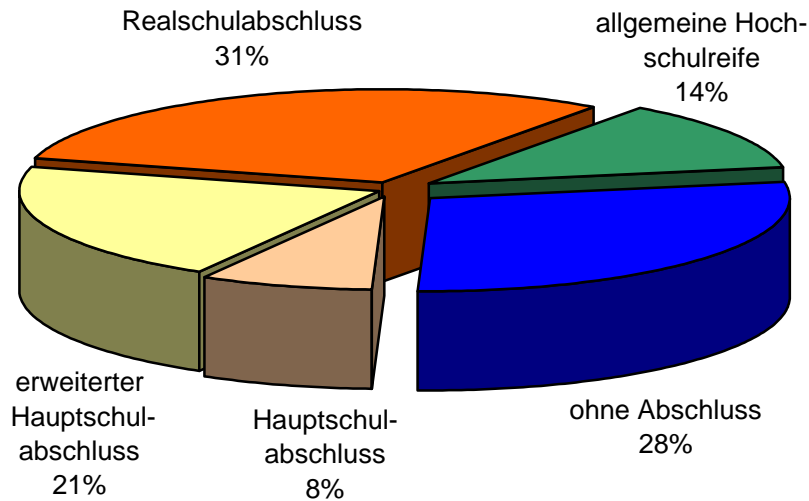
insgesamt 786.100 Berliner/innen  
darunter 189.000 Ausländer/innen

	Quote in %
	2003
Gesamt	23,2
Männer	21,9
Frauen	24,4
Ausländer/innen	43,9

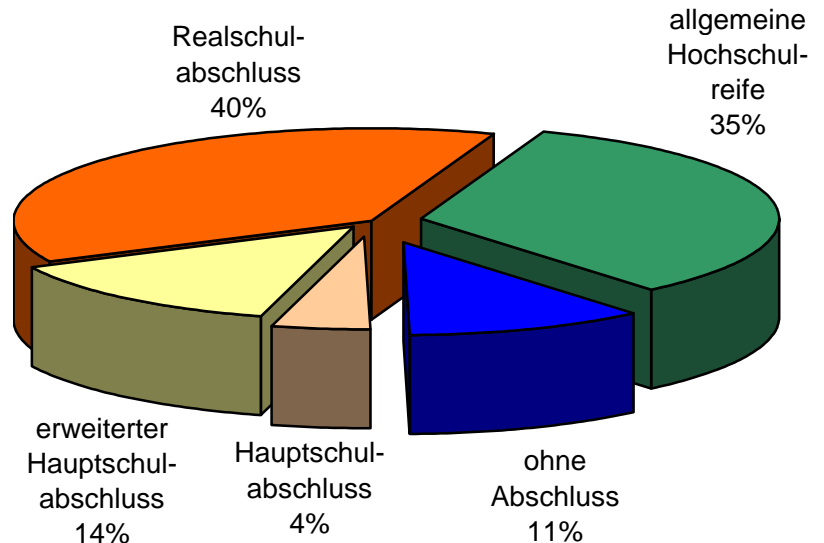


# Erreichte Schulabschlüsse im Schuljahr 2002/2003

## ausländische Schulabgänger/innen



## deutsche Schulabgänger/innen



Anteil der Schulabgänger/innen mit Hauptschulabschluss und ohne Schulabschluss in sozialen Brennpunkten (Berlin 18,1 %):

Mitte 25,5 %;

Friedrichshain-Kreuzberg 24,1 %;

Neukölln 26,8 %



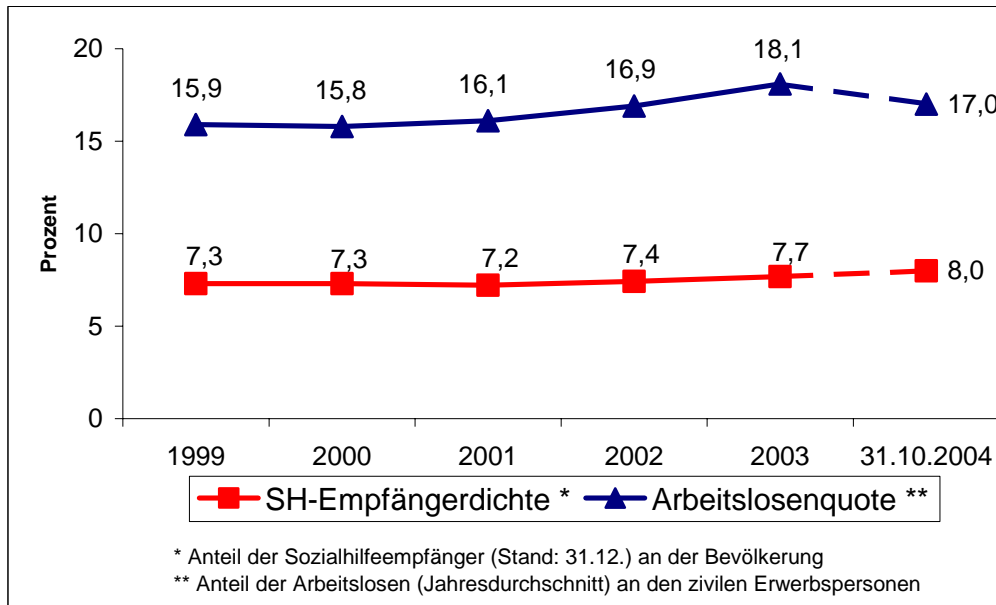
# Zur sozialen Lage: Sozialhilfe

Referat II A

31.10.2004: 271.195 Empfänger/innen laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen nach dem BSHG

- jeder 13. Berliner ist sozialhilfebedürftig
- jedes 4. Kind unter 7 Jahre (47.617)
- jedes 6. Kind zwischen 7 und 15 Jahren (36.388)
- nur jede/r 59. der über 65-Jährigen (9.180)

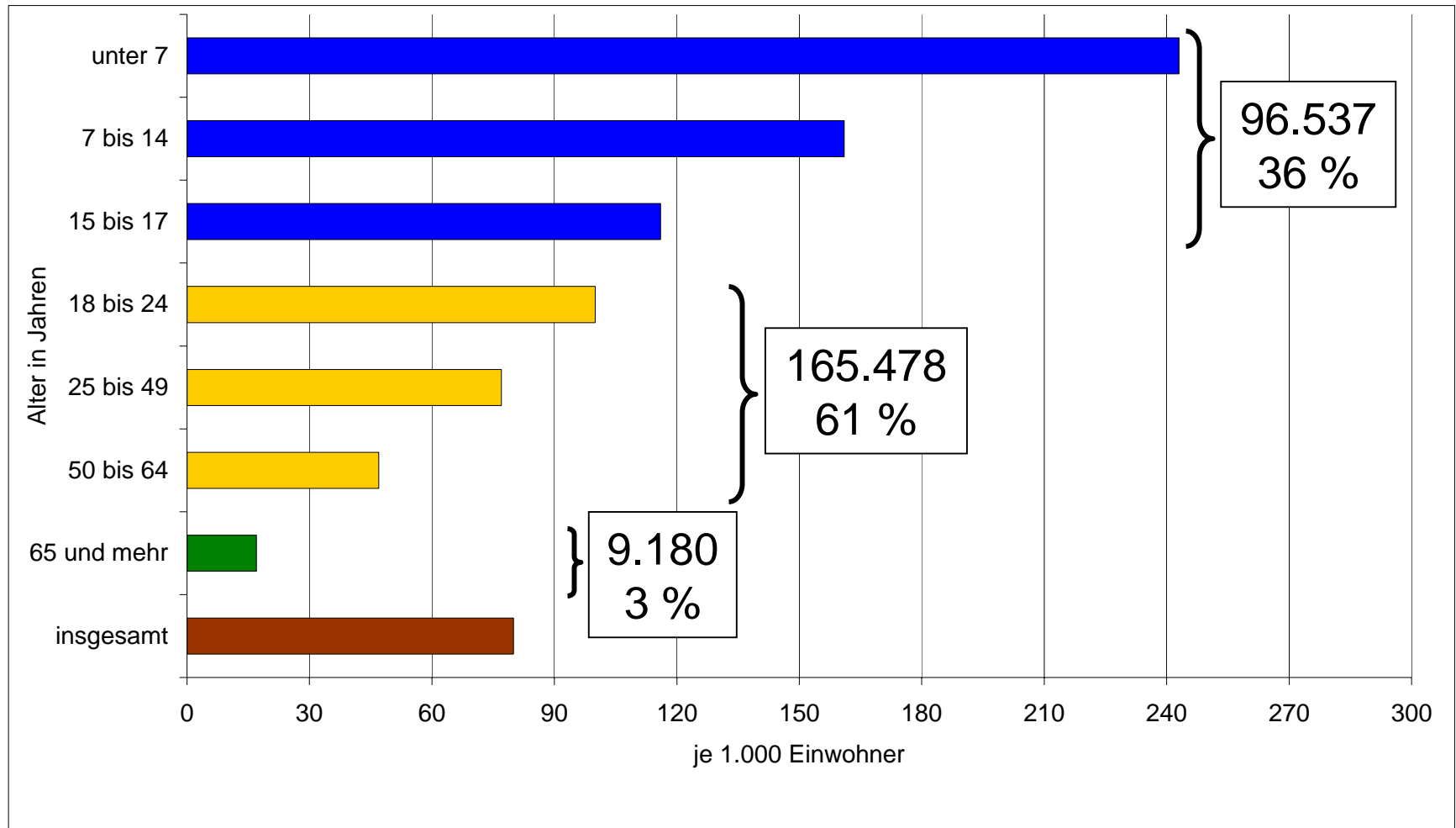
	Quote in %
	31.10.2004
Gesamt	8,0
Männer	7,9
Frauen	8,1
Ausländer/innen	16,4





Referat II A

# Sozialhilfeempfängerichte in Berlin am 31.10.2004 nach Altersgruppen







## Zur sozialen Lage: Arbeitslosigkeit

- 2004: 297.947 arbeitslos gemeldete Berlinerinnen und Berliner darunter:
  - ausländische Arbeitslose: 51.894
  - Jugendliche u. 25 Jahre: 31.528
  - Langzeitarbeitslose: 123.644
  - Schwerbehinderte: 10.178

	Quote in %
	2004
Gesamt *	17,6
Männer**	22,7
Frauen**	16,8
Jugendliche u.25**	17,5
Ausländer/innen**	38,2

\* Quote bezogen auf alle zivilen Erwerbspersonen

\*\* Quote bezogen auf die abhängig zivilen Erwerbspersonen

- Arbeitslosengeld II (ALG II) ab 2005 (Schätzung):  
ca. 170.000 Arbeitslosenhilfeempfänger/innen und etwa 220.000 Sozialhilfeempfänger/innen werden in Berlin von ALG II leben (insgesamt mindestens 390.000).

# Armutsbegriffe

## absolute Armut

physisch definiertes Existenzminimum

## relative Armut

Gesellschaftlich definiertes soziokulturelles Existenzminimum

### Einkommensarmut

(Ressourcen-  
ansatz)

### Unterversorgung

(Lebenslagen-  
ansatz)

### Armutsgrenze

### Unterversorgungsschwellen

amtlich

wissen-  
schaftlich

amtlich

wissen-  
schaftlich

bekämpfte  
Armut

verdeckte  
Armut

bekämpfte  
Armut

verdeckte  
Armut

z.B.  
Sozialhilfe;  
andere ein-  
kommens-  
abhängige  
soziale  
Leistungen

Schätz-  
einnahmen

40%, 50%  
bzw. 60%  
des bedarfs-  
gewichteten  
Haushalts-  
nettoein-  
kommens

Arbeitsmarkt,  
Wohnungsversorgung,  
Gesundheitsversorgung,  
Bildungsstatus, Mobilität, politische  
Partizipation



## Zur sozialen Lage: Armut

Referat II A

• Armut: Personen mit 50 % und weniger des Berliner Äquivalenzeinkommens (derzeit 1.200 EUR für eine erwachsene erste Person im Haushalt).

• 2003 lebten 17,0 % der Berliner Bevölkerung unterhalb der Armutsschwelle

1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
14,1 %	14,7 %	14,6 %	13,5 %	14,1 %	14,5 %	15,6 %	17,0 %

• „Risikofaktoren“ für Armut sind:

- Anzahl der Kinder
- Staatsangehörigkeit
- schulischer und beruflicher Abschluss
- Erwerbsstatus



1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin
2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur
3. Zur sozialen Lage
- 4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage**
5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen
6. Fazite und Empfehlungen an die Politik



Referat II A

# Zur gesundheitlichen und sozialen Lage

Zu den folgenden Themen werden Ergebnisse präsentiert:

## ❁ Morbidität / Gesundheitsverhalten :

- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchung (ESU)
  - Adipositas, Vorsorgeuntersuchungen
- Übergewicht, Rauchen, Alkohol
- Krankenhausmorbidity

## ❁ Mortalität: Gesamtsterblichkeit, vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit, wichtigste Todesursachen

## ❁ Lebenserwartung

- durchschnittliche Lebenserwartung
- gesunde Lebenserwartung unter Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit

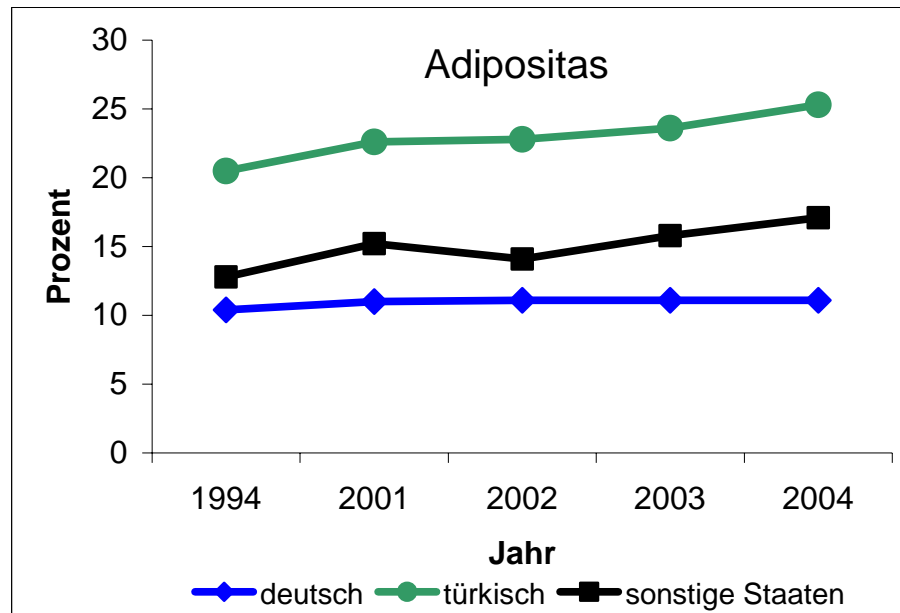


# Entwicklung von Übergewicht und Adipositas bei Einschüler/innen in Berlin von 1994 bis 2004

- Anteil von übergewichtigen und stark übergewichtigen (adipösen oder fettsüchtigen) Kindern ist in den letzten 10 Jahren angestiegen.

2004	Übergewicht	Adipositas
Jungen	8,0 %	11,8 %
Mädchen	9,7 %	13,5 %

- Bei den türkischen Kindern und denen aus sonstigen Staaten steigt die Prävalenz weiterhin an, bei den deutschen Kindern nicht.





Referat II A

## Weitere Parameter zur sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern im „Sozialstrukturatlas Berlin 2003“

- Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen:
  - Kinder mit unbehandelter Karies / Extraktionen
  - Konsum von elektronischen Medien (Fernsehen, Video, Computer)
  - durchgeführte Vorsorgeuntersuchungen
- Spezialbericht „Zur sozialen Lage von Kindern“ (Arbeitstitel / in Vorbereitung für 2006)



# Übergewicht bei Erwachsenen

Referat II A

- Für die Messung eines zu hohen Körpergewichtes hat sich der Body Mass Index durchgesetzt:

$$\text{BMI} = \frac{\text{Gewicht in Kilogramm}}{(\text{Körpergröße in Meter})^2}$$

- In Deutschland sind heute **mehr als 50 %** der Menschen **übergewichtig** (BMI ab 25,0).

BMI von 25,0-29,9 gilt als „Übergewicht“:

Frauen	Männer
31,3 %	48,0 %
21,7 %	18,8 %

BMI von 30 und mehr gilt als Adipositas (Fettsucht):

- Die Adipositas mit ihren möglichen **Folgekrankheiten** wie Arteriosklerose, Diabetes mellitus, arterielle Hypertonie oder degenerative Gelenkerkrankungen stellt ein zunehmendes gesundheitspolitisches Problem dar.

- **Geschätzte Gesundheitskosten** in Deutschland nach einer Studie des Bundesministerium für Gesundheit: ca. 57 Milliarden EUR.



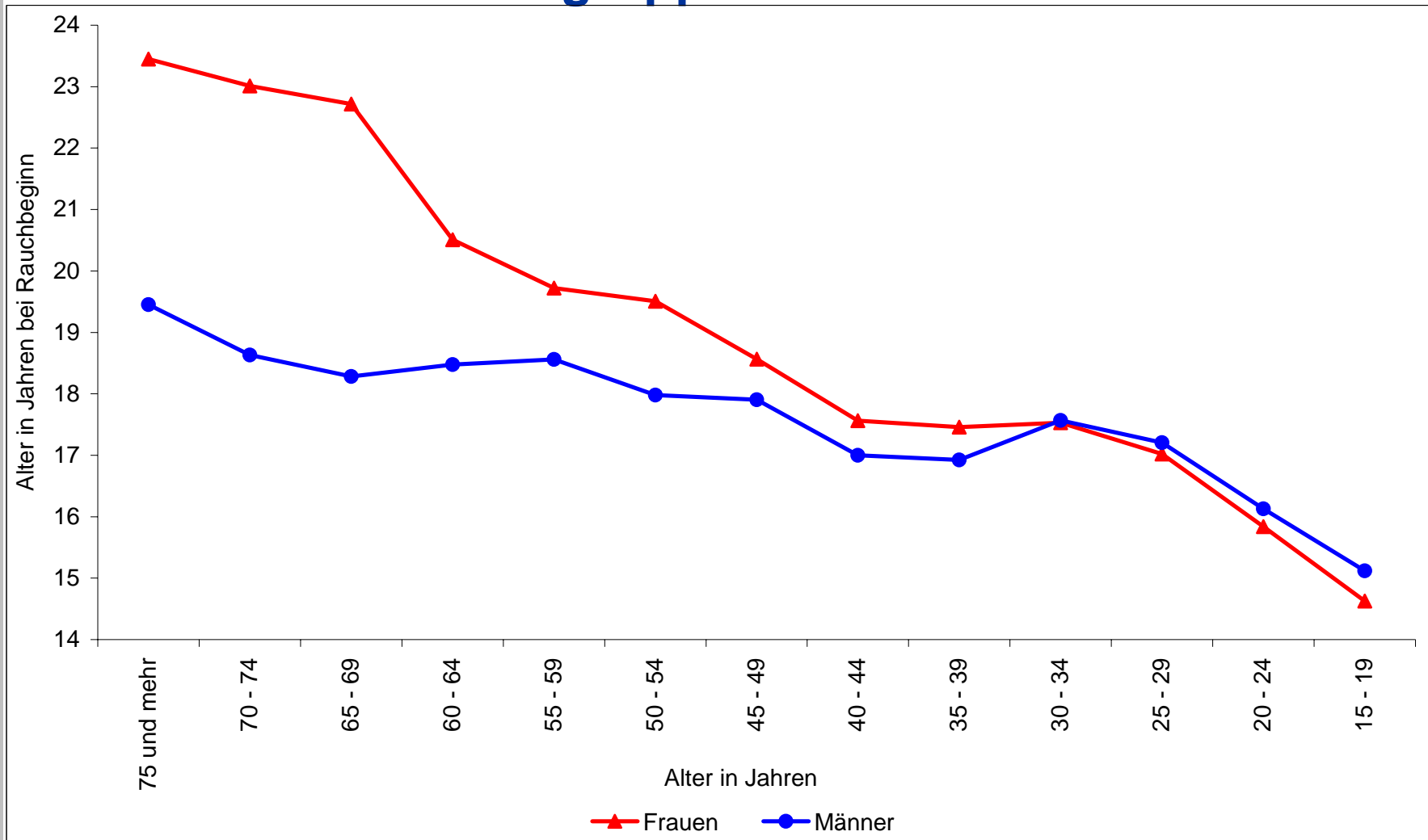


# Rauchen

- Die **Raucherprävalenz** der Berliner Bevölkerung ab 15 Jahre lag 2003 bei 34 %. Die höchste Quote erreichten die 15- bis unter 40-Jährigen (41%). Ein Rückgang ist nicht zu erkennen (eher Anstieg bei den Mädchen).
- Das **Einstiegsalter** beim Rauchen ist deutlich gesunken. Mädchen beginnen früher mit dem gewohnheitsgemäßen Tabakkonsum als Jungen. Insgesamt rauchen mittlerweile weibliche Jugendliche häufiger als männliche.



# Durchschnittliches Alter des Rauchbeginns der Bevölkerung in Berlin 2003 nach ausgewählten Altersgruppen und Geschlecht





# Rauchen

- Die **Raucherprävalenz** der Berliner Bevölkerung ab 15 Jahre lag 2003 bei 34 %. Die höchste Quote erreichten die 15- bis unter 40-Jährigen (41%). Ein Rückgang ist nicht zu erkennen (eher Anstieg bei den Mädchen).
- Das **Einstiegsalter** beim Rauchen ist deutlich gesunken. Mädchen beginnen früher mit dem gewohnheitsgemäßen Tabakkonsum als Jungen. Insgesamt rauchen mittlerweile weibliche Jugendliche häufiger als männliche.
- Lungenkrebs ist die häufigste **Folge des Rauchens**. Jährlich erkranken schätzungsweise 1.200 Berliner Männer und 650 Frauen an dieser Krebsform.
- Die bösartige Neubildung der Lunge gehört zu den **häufigsten Behandlungsdiagnosen** in den Berliner Krankenhäusern. Im Jahr 2002 mussten sich 5.123 an Lungenkrebs erkrankte Berliner Männer und 2.937 Frauen (die Hälfte hatte das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten) in stationäre Behandlung begeben.
- Derzeit **sterben** in Berlin jährlich über 1.700 Personen (2002: 1.092 Männer und 622 Frauen) an Lungenkrebs. Mehr als jeder Dritte wurde keine 65 Jahre alt. Bei den Frauen ist seit Jahren ein Sterblichkeitsanstieg zu beobachten.



# Alkohol

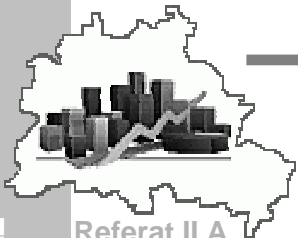
Referat II A

- Schätzungsweise gibt es in Berlin derzeit 250.000 Personen, die **riskanten Alkoholkonsum** betreiben bzw. **alkoholabhängig** sind.
- **Alkoholbedingte Krankheiten** gehören zu den häufigsten Behandlungsdiagnosen im ambulanten und stationären Bereich. Z.B. wurden 2003 in den Berliner Krankenhäusern 10.300 männliche und 2.770 weibliche Fälle aus Berlin wegen Alkoholabhängigkeit stationär behandelt.
- Bei den Männern ist die Behandlung von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol die zweit häufigste, bei den unter 65-jährigen sogar die häufigste **Einweisungsdiagnose**.
- Die **Behandlung** von alkoholbedingten Krankheiten (vor allem Alkoholabhängigkeit, alkoholbedingte Leberkrankheit) ist sehr **kostenintensiv**; allein in Berlin werden täglich über 500 Krankenhausbetten für die Behandlung der Folgen von übermäßigem Alkoholkonsum benötigt.
- Laut amtlicher **Todesursachenstatistik** starben rd. 1.000 Berliner/innen an den unmittelbaren Folgen ihrer Alkoholabhängigkeit. Noch mal so viele - schätzt man - sterben an Krankheiten, bei denen Alkohol eine mit verursachende Rolle gespielt hat.
- In Bezirken mit einer schlechten **sozialen Lage** liegt die alkoholbedingte Mortalitätsrate weit über dem Berliner Durchschnittswert.



## Stationäre Krankenhaufälle in Berlin 2002

- Im Jahr 2002 wurden in den Berliner Krankenhäusern 667.824 vollstationäre **Behandlungsfälle** registriert. 86.811 Patienten (13%) hatten ihren Wohnsitz außerhalb Berlins. Davon waren ca. 70 % Brandenburger.
- 581.013 Krankenhauspatienten waren aus Berlin (328.696 weiblichen **Geschlechts** (57 %); 252.317 männlichen Geschlechts (43 %)). 33 % der behandelten Berliner Männer waren älter als 65 Jahre, bei Frauen lag der Prozentsatz bei 42 %.
- **Unter 65-jährige** Berlinerinnen befinden sich am häufigsten wegen Entbindung, gefolgt von der Behandlung von Brustkrebs und Gallensteinleiden im Krankenhaus. Bei den Männern sind die psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol der häufigste Behandlungsanlass, danach kommen chronische ischämische Herzkrankheit (CIHK) und Leistenbruch.
- **Über 65-jährige** Frauen müssen am häufigsten wegen Herzinsuffizienz, Grauem Star und Oberschenkelhalsbruch in stationäre Behandlung. Bei den Männern dieser Altersgruppe sind die CIHK, gefolgt von Herzinsuffizienz und Lungenkrebs die häufigsten Behandlungsdiagnosen.



# Gestorbene in Berlin 2003

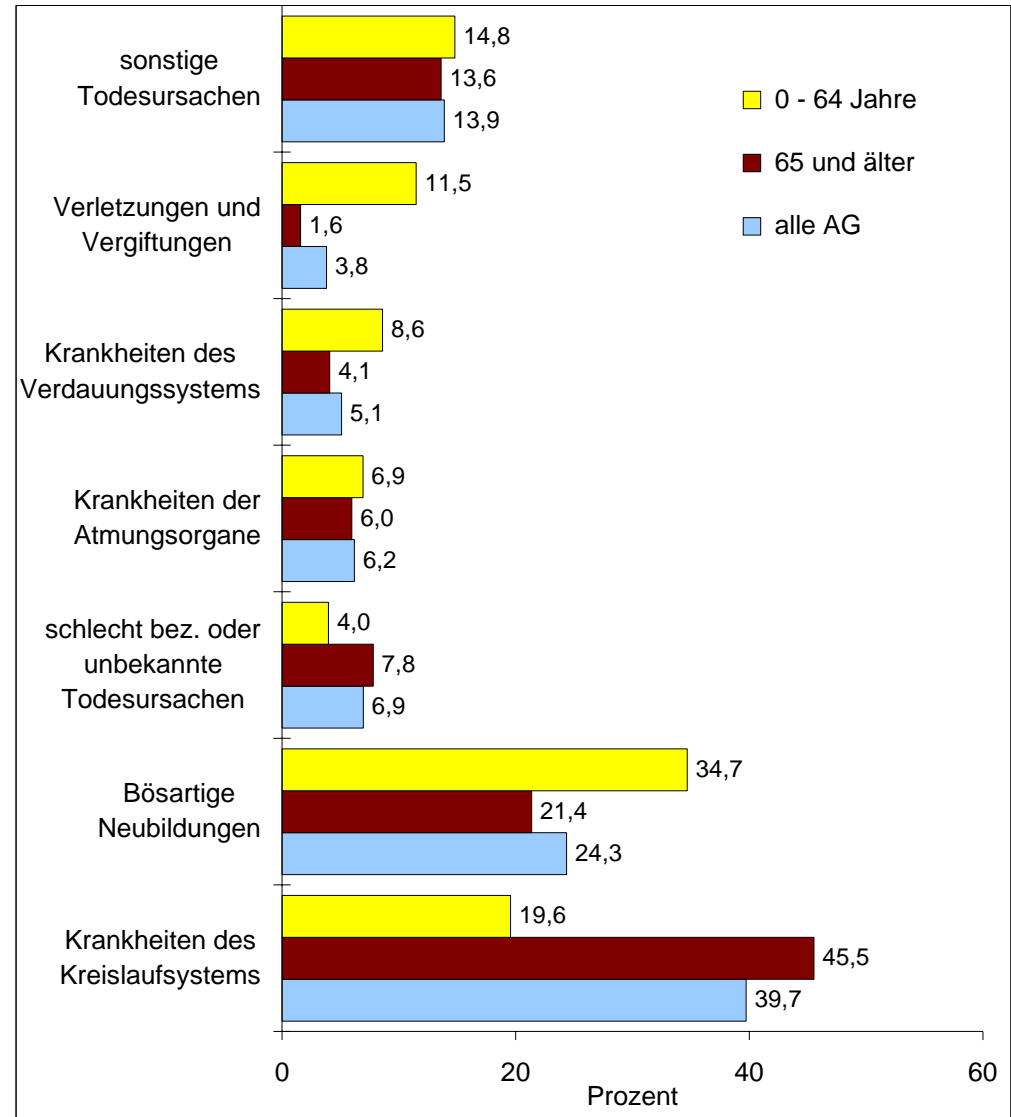
Referat II A

Die Zahl der Gestorbenen betrug 33.146 (18.706 weiblichen, 14.440 männlichen Geschlechts).

Rund 40 % starben an Krankheiten des Kreislaufsystems, fast 25 % an Folgen einer bösartigen Neubildung (unter 65-Jährige sterben am häufigsten an Krebs).

Nach Einzeltodesursachen ist die chron. ischäm. Herzkrankheit bei den Männern Todesursache Nummer eins (1.728 Fälle), gefolgt von Lungenkrebs (1.146).

Bei den Frauen ist die chron. ischäm. Herzkrankheit (2.548 Fälle) ebenfalls die häufigste Todesursache, danach folgt Herzinsuffizienz (1.443).



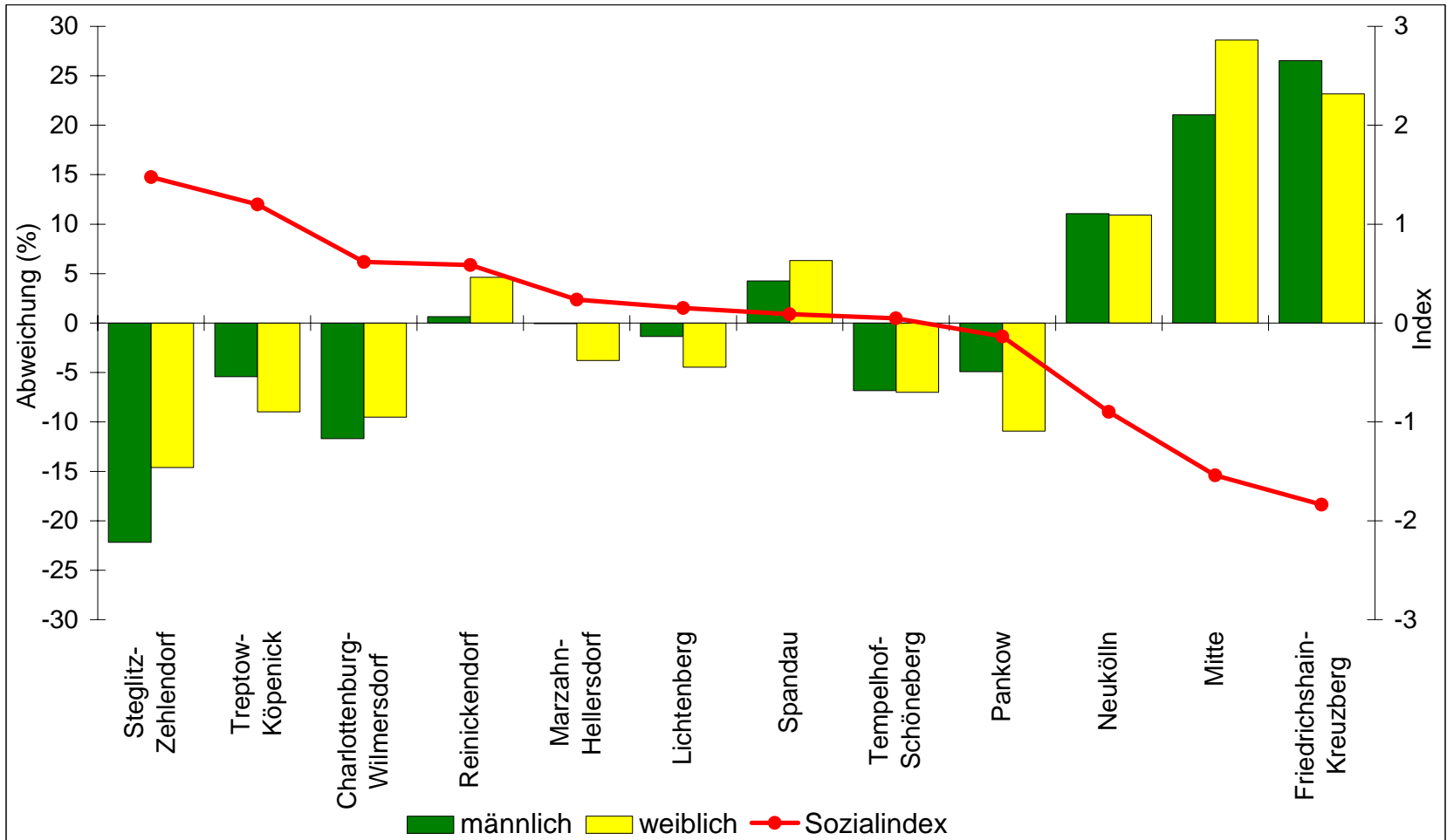


## Vorzeitige Sterblichkeit in Berlin 2003

- 2003 starben in Berlin vorzeitig 7.435 Personen - d.h. **vor Vollendung des 65. Lebensjahres** - (2.448 weiblichen und 4.987 männlichen Geschlechts). Dies sind 22 % der gesamt Gestorbenen (Frauen: 13 %, Männer: 35 %).
- Die Mortalitätsrate der unter 65-Jährigen ging bei beiden Geschlechtern seit Anfang der neunziger Jahre kontinuierlich zurück (insgesamt um 35 %) und erreichte im Jahr 2003 ihren bis dahin niedrigsten Stand. Im **Vergleich zum übrigen Bundesgebiet** hatten Berlinerinnen und Berliner aber auch in den letzten Jahren ein immer noch über Bundesniveau liegendes Sterberisiko (weiblich: 7,7 %, männlich: 7,3 %).
- Die vorzeitige Sterblichkeit steht in engem Kontext mit der **sozialen Lage** in den Berliner Bezirken. Bezirke mit überwiegend negativen Sozialindizes (z.B. Friedrichshain-Kreuzberg, Mitte, Neukölln) haben seit Jahren die höchsten Sterbeziffern, versus wurde in Bezirken mit einer guten sozialen Lage (Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick) die niedrigste vorzeitige Sterblichkeit beobachtet.



# Zusammenhang zwischen Sozialindex und vorzeitiger Sterblichkeit in Berlin 2001 - 2003 (zusammengefasst)



[nach Geschlecht und Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt / Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)]





# Vermeidbare Todesfälle in Berlin 2003

Referat II A

- Der Indikator „Vermeidbare Todesfälle“ (VTF) ist für die Beurteilung von Qualität und Effektivität der gesundheitlichen Betreuung und Präventionspolitik geeignet.
- Jährlich sterben in Berlin etwa 1.200 Berlinerinnen und 2.400 Berliner an Krankheiten (z.B. ischämische Herzkrankheiten) bzw. nichtnatürlichen Ereignissen (z.B. Suizide, Verkehrsunfälle), deren Todesfall (in definierten Altersgruppen) zu den VTF gerechnet werden muss.
- Mehr als die Hälfte der VTF werden durch Krankheiten verursacht, deren Entstehen im Wesentlichen durch das individuelle gesundheitsförderliche/ -präventive Verhalten vermeidbar wären. Allein an Lungenkrebs, psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Krankheiten der Leber und AIDS starben 2003 507 unter 65-jährige Berlinerinnen und 1.209 Berliner.
- Die vermeidbare Mortalität ist in Bezirken mit negativen Sozialindizes durchweg erhöht.
- Würde man bei der Lebenserwartungsberechnung vermeidbare Todesursachen eliminieren, so läge die Lebenserwartung für Berliner Männer um 2,1 Jahre höher und für Frauen um 1,3 Jahre. (Männer: Friedrichshain-Kreuzberg +2,5, Neukölln +2,3, Mitte +2,2 Jahre; Frauen: Neukölln, Mitte und Friedrichshain-Kreuzberg jeweils +1,5 Jahre)



# Lebenserwartung in Berlin

Referat II A

- Gegenwärtig haben Frauen aus Berlin eine **durchschnittliche Lebenserwartung** von 81,1 und Männer von 75,6 Jahren. Im Vergleich zu den vergangenen 10 Jahren entspricht das einem Zugewinn von 2,9 Jahren bei Berlinerinnen und 4 Jahren bei Berlinern.
- Die Lebenserwartung in den **Berliner Bezirken** weist große Unterschiede auf.
  - In den letzten Jahren konnten Frauen aus Treptow-Köpenick (82,6 Jahre), Charlottenburg-Wilmersdorf (81,8) und Pankow (81,6) mit der höchsten Lebenserwartung rechnen; die niedrigsten Werte wurden in Friedrichshain-Kreuzberg (79,3), Mitte (79,7) und Spandau (80,7) beobachtet.
  - Bei den Männern wurden in Steglitz-Zehlendorf (77,2) gefolgt von Treptow-Köpenick (76,6) und Charlottenburg-Wilmersdorf (76,5) die höchsten Werte ermittelt. Vice versa hatten Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg (73,5), Mitte (73,8) und Neukölln (74,7) die niedrigste Lebenserwartung.
- Zwischen Lebenserwartung, gesundheitlicher und **sozialer Lage** innerhalb der Berliner Bevölkerung besteht ein enger Zusammenhang.



Referat II A

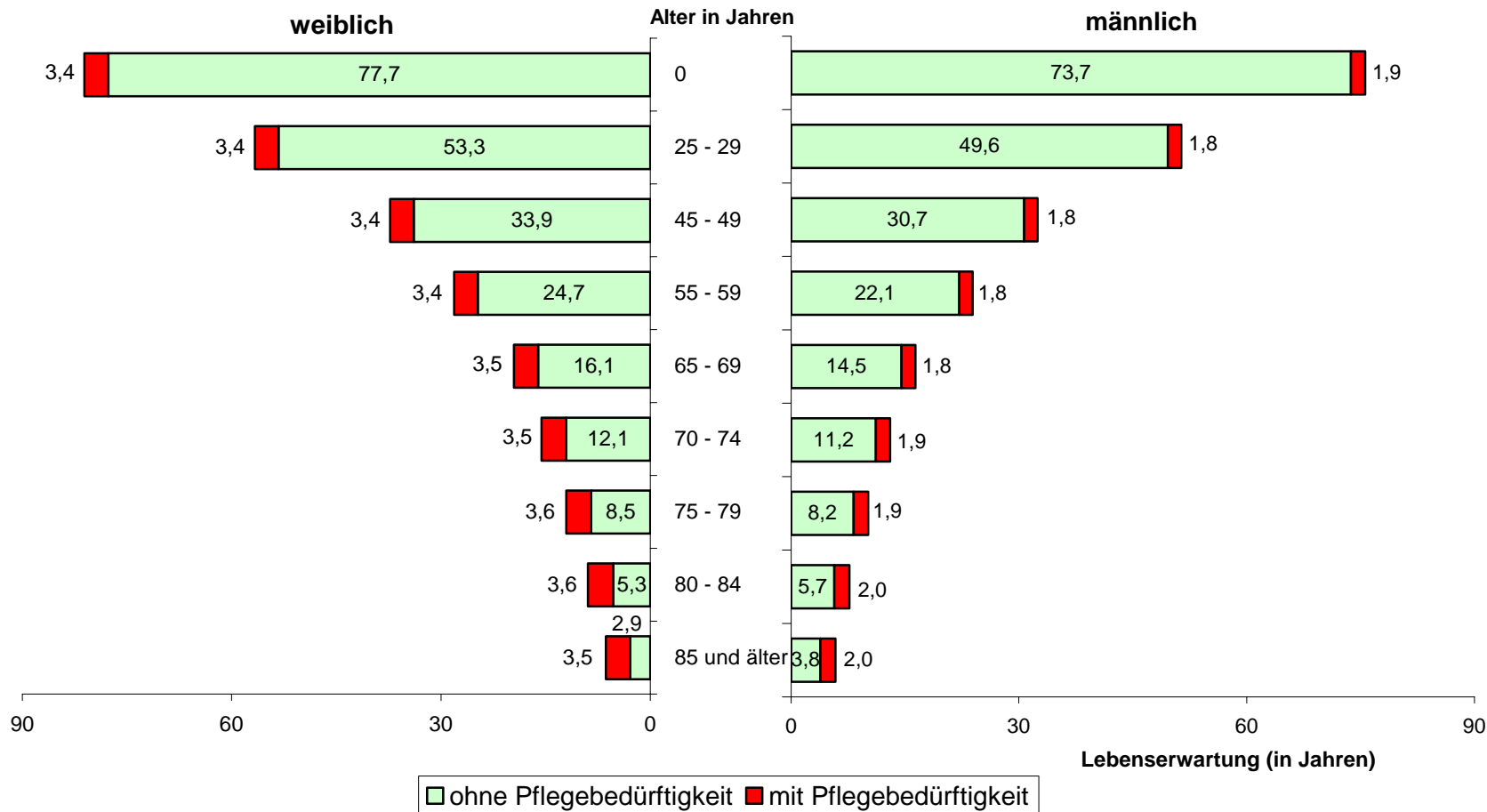
# Geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Berlin unter Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit

- Der Indikator steht insbesondere für die **Lebensqualität** im letzten Lebensdrittel.
- In Berlin leben derzeit etwa 89.692 **pflegebedürftige Menschen** (63.389 weiblichen, 26.303 männlichen Geschlechts), Tendenz steigend.
- Damit gilt im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes jede 40. in Berlin lebende Person (bei den über 80-Jährigen betrifft es nahezu jede zweite) als anerkannt pflegebedürftig.
- Geschlechtsspezifische Unterschiede** nach Pflegeart liegen darin begründet, dass Männer häufiger von ihren (insbesondere weiblichen) Angehörigen im häuslichen Milieu gepflegt werden. 80 % der Männer werden demnach ambulant versorgt, nur jeder 5. pflegebedürftige Mann muss stationär betreut werden. Bei den Frauen muss dagegen jede 3. diese Leistungen in Anspruch nehmen.
- Ab dem 80. Lebensjahr haben zwar Männer eine nach wie vor geringere Lebenserwartung als Frauen, sind aber dann weniger als weibliche Personen von Pflegebedürftigkeit betroffen.



Referat II A

# Geschlechtsspezifische Lebenserwartung in Berlin unter Berücksichtigung der Lebenserwartung mit und ohne Pflegebedürftigkeit





1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin
2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur
3. Zur sozialen Lage
4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage
- 5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen**
6. Fazite und Empfehlungen an die Politik



# Personal im Gesundheitswesen

Referat II A

- 2003 waren **129.070 Personen** im Berliner Gesundheitswesen tätig. Damit war jeder elfte Erwerbstätige in diesem Bereich beschäftigt.
- Im **Vergleich zu 2001** hat die Zahl der Beschäftigten im Berliner Gesundheitswesen zugenommen (+ 1.086). Der Anstieg resultiert aus der Zunahme der ambulant tätigen Ärztinnen/Ärzte (+ 203), Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (+ 216) und dem Personal der Pflegeeinrichtungen (+ 1.860). Ein Personalrückgang war u.a. im stationären Bereich und auch in den Gesundheitsämtern zu verzeichnen.
- 2003 waren in den **Gesundheitsämtern** in Berlin 1.951 Personen hauptamtlich tätig. Diese teilen sich auf in 369 Ärztinnen/Ärzte und Zahnärztinnen/Zahnärzte sowie 1.582 nichtärztliche Mitarbeiter/innen (das entspricht 81 %). 474 Sozialarbeiter/innen, 90 Psychologen und Psychologinnen sowie 92 Therapeuten und Therapeutinnen stehen der Berliner Bevölkerung in den Gesundheitsämtern zur Verfügung.
- Nach wie vor ist das Gesundheitswesen eine **Domäne der Frauen**. Lediglich 23 % der Beschäftigten sind männlich. Bei den Sprechstundenhelferinnen liegt der Frauenanteil bei fast 100 %. Im Pflegedienst liegt er bei etwa 86 %, während sich in den medizinischen Berufen eine weitgehend ausgeglichene Geschlechterverteilung zeigt.



# Statistisch erfasste Beschäftigte nach Tätigkeitsbereichen im Berliner Gesundheitswesen 2003

Tätigkeitsbereich	Berufsgruppe	Hauptamtliche Personen	weiblich Anteil in %
<b>Ambulanter Bereich</b>	Ärztinnen/Ärzte (inkl. AiP)	7.307	50,2
	Zahnärztinnen/-ärzte	3.561	49,8
	Sprechstundenhelfer/innen	20.420	98,4
	selbst. Medizinalfachpersonal	5.820	76,8
<b>insgesamt</b>		<b>37.108</b>	<b>28,8 %</b>
<b>Stationärer Bereich</b>	Krankenhauspersonal	47.439	72,4
	dar. ärztliches Personal (inkl. AiP)	7.907	41,5
	nichtärztliches Personal	39.532	78,6
	dar. Pflegedienst	16.372	86,8
	Personal in Vorsorge- oder Rehaeinrichtungen	259	77,6
	dar. Ärztinnen/Ärzte (inkl. AiP)	31	48,4
	nichtärztliches Personal	228	81,6
	dar. Pflegedienst	110	88,2
	medizin. techn. Personal	57	84,2
	<b>insgesamt</b>		<b>47.698</b>
<b>Sonstige Bereiche</b>	Psychotherapeutinnen/-therapeuten	3.206	unbekannt
	Apothekenpersonal	6.655	82,5
	Personal in Gesundheitsämtern	1.951	86,1
	Ärztinnen/Ärzte außer in gen. Einrichtungen	2.506	47,5
	Zahnärztinnen/-ärzte außer in gen. Einrichtungen	155	51,0
	Personal in Pflegeeinrichtungen	29.791	82,0
<b>insgesamt</b>		<b>44.264</b>	<b>34,3 %</b>



# Ambulant tätige Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen in Berlin 1992-2003

Berlin	Ärztinnen/ Ärzte	EW je Arzt	Zahnärztinnen/ Zahnärzte	EW je Zahnarzt
1992	5.436	638	3.151	1.100
1998	6.234	545	3.189	1.066
2002	7.229	469	3.558	953
2003	7.307	464	3.561	952

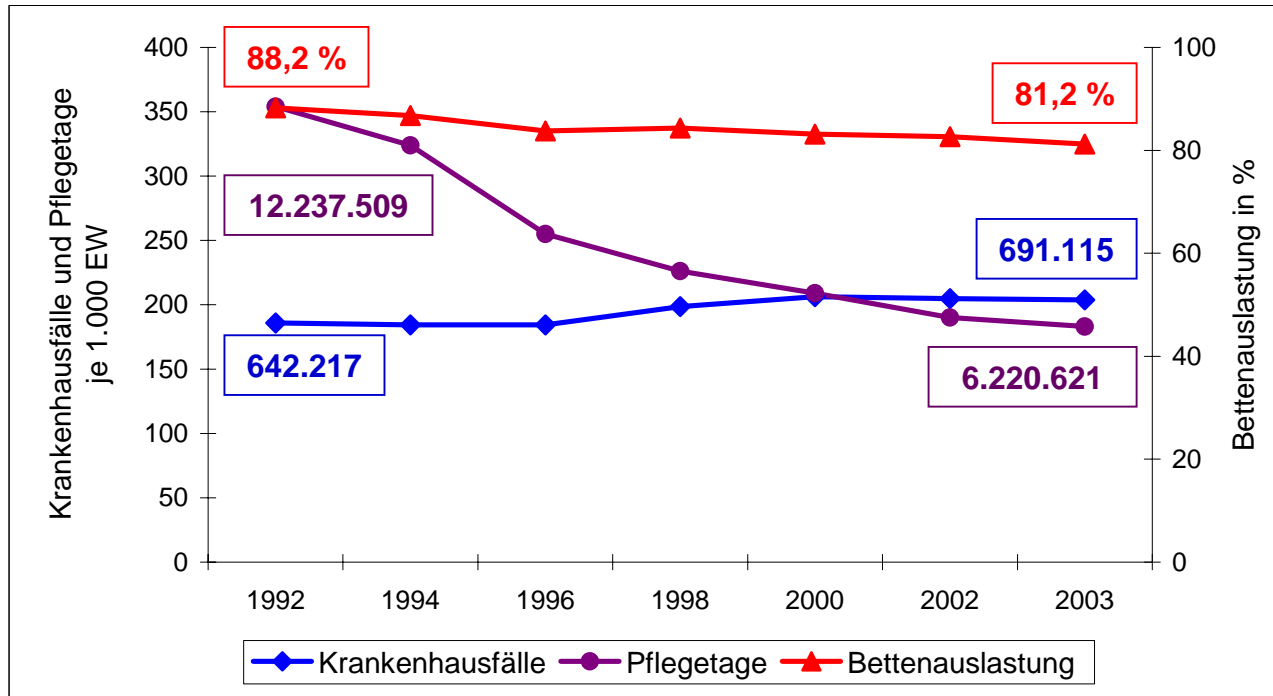
Bundes-  
vergleich

2003	Ärztinnen/ Ärzte	EW je Arzt	Zahnärztinnen/ Zahnärzte	EW je Zahnarzt
Brandenburg	3.293	782	1.779	1.447
Bremen	1.390	477	483	1.373
Hamburg	3.867	448	1.629	1.064
Deutschland	132.349	624	61.865	1.334





# Entwicklung von Indikatoren im stationären Bereich in Berlin von 1992 – 2003



- Die Bettenzahl sank seit 1992 (37.896) um 16.905 Betten auf 20.991 im Jahr 2003. Ebenfalls zurückgegangen ist die Verweildauer von 19,1 auf 9,0 Tage.
- In den öffentlichen Krankenhäusern erfolgte der Bettenabbau am stärksten.



Referat II A

# Aufgestellte Betten, Patienten (Fälle), Verweildauer und Bettenauslastung in den Krankenhäusern in Deutschland und den Bundesländern 2002

Land	Betten		Fälle	Verweil- dauer in Tagen	Bettenaus- lastung in %
	absolut	je 10.000 Einw.	je 10.000 Einw.		
Baden-Württemberg	63.677	59,9	1.856,0	9,2	78,3
Bayern	82.540	66,8	2.159,7	9,1	81,0
<b>Berlin</b>	<b>21.404</b>	<b>63,1</b>	<b>2.047,1</b>	<b>9,3</b>	<b>82,7</b>
Brandenburg	16.058	62,1	1.994,8	9,3	82,2
Bremen	6.012	91,1	2.974,0	8,8	79,0
Hamburg	12.503	72,4	2.251,5	9,3	79,4
Hessen	38.267	62,9	1.983,4	9,0	78,0
Mecklenburg-Vorpommern	10.859	62,0	2.263,5	8,1	81,3
Niedersachsen	47.528	59,6	1.963,7	9,1	81,7
Nordrhein-Westfalen	134.071	74,2	2.272,3	9,4	78,9
Rheinland-Pfalz	26.387	65,1	2.085,7	8,7	75,9
Saarland	7.497	70,4	2.499,0	8,6	83,6
Sachsen	29.291	67,1	2.076,6	9,8	83,4
Sachsen-Anhalt	17.765	69,3	2.272,4	9,0	80,4
Schleswig-Holstein	16.446	58,5	2.064,9	8,7	84,1
Thüringen	16.979	70,7	2.252,5	9,3	81,2
<b>Deutschland</b>	<b>547.284</b>	<b>66,4</b>	<b>2.113,5</b>	<b>9,2</b>	<b>80,1</b>



1. Rahmenbedingungen der Gesundheitsberichterstattung (GBE) in Berlin
2. Zur Bevölkerungsentwicklung und –struktur
3. Zur sozialen Lage
4. Zur gesundheitlichen und sozialen Lage
5. Kapazitäten im Berliner Gesundheitswesen
- 6. Fazite und Empfehlungen an die Politik**



# Fazite und Empfehlungen an die Politik (I)

- Der **demographische Wandel**, d.h. der Bevölkerungsrückgang und die steigende Lebenserwartung, wird in vielen Wirtschaftsbereichen weitreichende Strukturveränderungen mit sich bringen. Folgende **Auswirkungen auf die Planung** von Leistungsressourcen und auf die Struktur des Gesundheitswesens sind zu erwarten: Personalbedarf in der Pflege, Anpassung der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen (z.B. altersgerechte Ernährungsberatung, medizinische Vorsorge), verstärkte Einrichtung von Hospizen, verstärkte Nachfrage pflegerischer Leistungen von älteren Migrantinnen/Migranten.
- Die wichtigen **sozialen Variablen** weisen im Zeitverlauf weiterhin auf eine Verschlechterung hin (schulische und berufliche Bildung, Arbeitslosigkeit, Sozialhilfe, Armut).
- Die **gesundheitliche und soziale Lage** hängen (wechselseitig) zusammen und beeinflussen einander.
- Daten aus den Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken zeigen einen deutlichen Zusammenhang zur sozialen Lage auf und verdeutlichen gleichzeitig das hohe präventive Interventionspotential.



## Fazite und Empfehlungen an die Politik (II)

- Berlin hat eine ambulante und stationäre **Versorgungsstruktur** auf hohem Niveau.
- **Sozialkompensatorische Prävention** steht in Zukunft im Fokus der Berliner Gesundheits- und Sozialpolitik.

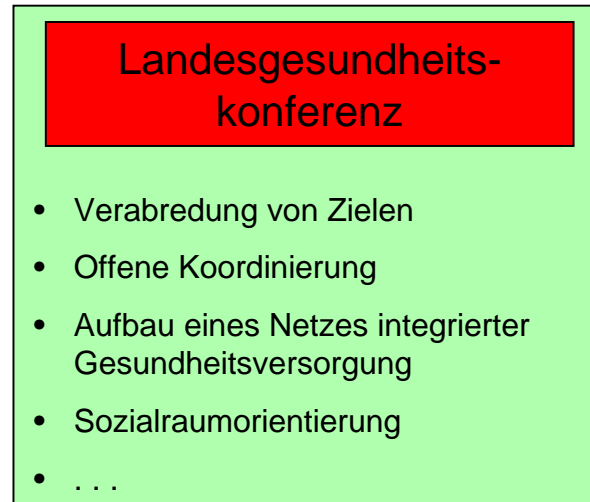
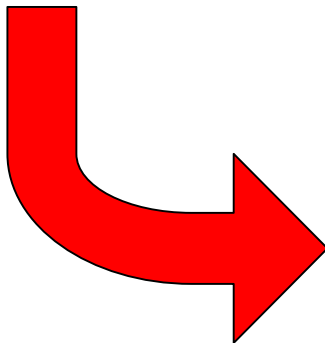
### Hebel zur Umsetzung:

- Präventionsgesetz auf Bundesebene  
§ 20 SGB V (auf Bundesebene werden rd. 250 Mio. € bereitgestellt: 40 % in Eigenverantwortung der Sozialversicherungsträger, 40 % Setting-Leistungen auf landes- u. kommunaler Ebene, 20 % für Stiftung Prävention u. Gesundheitsförderung auf Bundesebene)
- Öffentlicher Gesundheitsdienst – sozialkompensatorische Ausrichtung (HH 2003: 84,1 Mio. €; Einsparung 2005: 1,3 Mio. €)
- Integrierter Gesundheitsvertrag (Drogen-Vertrag, LaBAS-Vertrag, Liga-Vertrag (Ges), Drogen- u. Suchtprojekte: HH 2005: 12,8 Mio. €)
- Stadtteilzentren (HH 2005: 3,0 Mio. €)



## Fazite und Empfehlungen an die Politik (III)

- Sowohl wegen des Zusammenhanges als auch wegen der unterschiedlichen Akteure im Gesundheits- und Sozialwesen bedarf es einer **integrierten Gesundheits- und Sozialpolitik**, die sich an gemeinsam verabredeten **Gesundheits- und Sozialzielen** orientiert.
- Integrierte Politik bedarf einer **Plattform**





**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit !**