

BASIS-GESUNDHEITSBERICHT PANKOW 2024

Bezirksamt
Pankow

BERLIN



Herausgeber

Bezirksamt Pankow von Berlin

Abteilung Soziales und Gesundheit

Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes

Fröbelstraße 17, 10405 Berlin

Bearbeitet von

Dr. Patrick Schnapp

Gesundheits- und Sozialberichterstattung

E-Mail: patrick.schnapp@ba-pankow.berlin.de

Stand

2. Fassung, Oktober 2024. Gegenüber der 1. Fassung (Mai 2024) wurden in Abschn. 12.5.2 ein Verweis auf eine nicht vorhandene Tabelle entfernt und der Text mit Prozentangaben ergänzt.

Außerdem wurden im Inhaltsverzeichnis und im Literaturverzeichnis Layout- und Formanpassungen vorgenommen.

Redaktionsschluss

März 2024

Kurzfassung

Der vorliegende Gesundheitsbericht gibt einen Überblick über die gesundheitliche Lage der Pankower Bevölkerung. Ebenfalls dargestellt werden soziale und andere Rahmenbedingungen, die die Gesundheit beeinflussen können. Die darstellbaren Inhalte sind begrenzt durch die Verfügbarkeit von Daten (Kapitel 1).

Das Durchschnittsalter ist in Pankow niedriger als in den meisten Bezirken (Kapitel 2). Der sozioökonomische Status der Pankower Bevölkerung ist im Vergleich mit dem der Bevölkerung anderer Bezirke hoch (Kapitel 3).

Im vorliegenden Bericht werden zahlreiche Ergebnisgrößen zur Gesundheit der Pankower Bevölkerung dargestellt, zum Beispiel die Lebenserwartung oder die Rate der Krankenhausaufenthalte wegen psychischer Krankheiten. Dass Pankow hier günstigere Ergebnisse aufweist als andere Bezirke, ist schon deshalb zu erwarten, weil die Alters- und Sozialstruktur günstig ist (Kapitel 3, 4).

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, werden in diesem Bericht vielfach sogenannte altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen verwendet. Diese geben Auskunft darüber, in welchem Maße die interessierende Ergebnisgröße größer oder kleiner ist als angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. Ein Ergebnis, das genau so ist, wie angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten, erhält den Wert 1. Abweichungen von diesem Wert werden nach einem verteilungsbasierten statistischen Verfahren als unauffällig, auffällig günstig oder auffällig ungünstig bewertet.

Ist das Ergebnis für Pankow auffällig ungünstig, so kann dies als Hinweis darauf gewertet werden, dass es diesbezüglich Verbesserungspotentiale gibt. Dies wiederum kann bei der Priorisierung von Handlungsfeldern helfen (Kapitel 4).

Gesundheit

Das Sterbegeschehen in Pankow ist in etwa so wie aufgrund seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. Dies gilt sowohl für die Lebenserwartung (die sich auf die Gesamtbevölkerung bezieht) als auch für zwei Ergebnisgrößen, die die Sterblichkeit vor Vollendung des ersten Lebensjahres darstellen (Kapitel 5).

Bei körperlichen Erkrankungen ergibt sich ein uneinheitliches Bild (Kapitel 6). Tabelle 1 zeigt die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen für zahlreiche Ergebnisgrößen. Zum einen wird hier nach Krankheitsarten unterschieden, zum anderen nach Art der Ergebnisgröße. Nicht für alle Kombinationen von Krankheitsart und Ergebnisgröße liegen Daten vor. Bei den Ergebnisgrößen wird unterschieden zwischen stationären Krankenhausaufenthalten („KH-Fällen“) und Krankschreibungen wegen Arbeitsunfähigkeit (gemessen in Tagen: „AU-Tage“).

Tabelle 1: Überblick über die Hauptergebnisse zu körperlichen akuten Erkrankungen und Behandlungsfällen in Pankow, 2021, nach Krankheitsarten

	Anteil an Toden (Berlin, %)	Anteil an KH-Fällen (%)	VZ KH-Fälle	Anteil an AU-Tagen (%)	VZ AU-Tage
Körperliche Erkrankungen insgesamt	94,7	92,5	1,03	77,0	0,95
Kreislaufsystem	30,4	14,5	1,10	4,3	0,96
Neubildungen	24,5	12,4	1,10	4,9	1,05
Verletzungen, Vergiftungen	4,8	10,7	1,09	11,1	0,97
Verdauungssystem	4,2	9,7	0,98	4,4	0,95
Muskel-Skelett		6,2	0,99	18,4	0,94
Atmungssystem	6,4 ¹	5,7	1,09	12,3	0,94

Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus; VZ: statusadjustierte und (wo angemessen) zuvor altersstandardisierte Verhältniszahl. Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig; weiß: Zuordnung nicht sinnvoll. Leere Zellen bedeuten, dass die Zahl nicht vorlag bzw. nicht berechnet werden konnte. Die Anteile addieren sich nicht zu 100%, da zahlreiche Krankheitsarten nicht ausgewiesen sind. ¹ Enthält keine Todesfälle aufgrund des Corona-Virus. Ergebnisse zu anderen Krankheitsarten und Daten: s. Kapitel 6.

Krankheitsarten werden in der Tabelle dargestellt, wenn sie besonders häufig sind. Rötlich hinterlegte Felder zeigen an, dass das Ergebnis auffällig ungünstig ist, gelbliche Felder zeigen unauffällige Ergebnisse an.

Die Tabelle zeigt, dass die Pankower Ergebnisse zur Arbeitsunfähigkeit bzgl. der dargestellten Krankheiten im Vergleich zu anderen Bezirken unauffällig sind, wenn die unterschiedlichen Alters- und Sozialstrukturen in Rechnung gestellt werden. Dagegen gab es wegen vier Krankheitsarten auffällig mehr stationäre Aufenthalte im Krankenhaus als zu erwarten: Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neubildungen (u. a. Krebs), Verletzungen und Vergiftungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems.

Die Tabelle stellt außerdem dar, wie häufig Todesfälle, Krankenhausaufenthalte und Abwesenheiten von der Arbeit aufgrund dieser Krankheitsarten sind. Diese Information kann, muss aber nicht herangezogen werden, wenn es darum geht, Handlungsfelder zu priorisieren (s. noch unten in dieser Kurzfassung).

In Kapitel 6 finden sich außerdem Analysen für seltenere Krankheitsarten. Die für diese errechneten Verhältniszahlen sind sämtlich unauffällig.

Tabelle 2 zeigt die entsprechenden Ergebnisse für schwere körperliche und Sinnesbehinderungen (Kapitel 7). Das Ergebnis für körperliche Behinderungen wird als auffällig hoch gewertet, das für Sinnesbehinderungen als (noch) unauffällig.

Kapitel 7 enthält außerdem Angaben dazu, in welchen Pankower Planungsräumen es die höchsten Konzentrationen von Menschen mit schweren Körper- und Sinnesbehinderungen gibt.

Tabelle 2: Überblick über die Hauptergebnisse zu körperlichen Schwerbehinderungen und Schwerbehinderungen der Sinne

	Anteil an Schwerbehinderungen (%)	VZ Schwerbehinderungen
körperliche (ohne Sinnesbehinderungen)	52	1,06
Sinnesbehinderungen	8	1,06

Abkürzung: VZ: altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl. Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig. Die Anteile addieren sich nicht zu 100%, da seelische, geistige und sonstige Behinderungen in dieser Tabelle nicht ausgewiesen sind. Daten: s. Kapitel 7.

Zur Pflegebedürftigkeit liegen nur Ergebnisse von begrenzter Aussagekraft vor (Kapitel 8). Die sinnvollste Aussage lässt sich zur Zahl der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen machen. Die diesbezügliche altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für Pankow ist unauffällig (keine Tabelle).

Wie Tabelle 3 zeigt, ist die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Pankow nach Berücksichtigung der Alters- und Sozialstruktur unauffällig (Kapitel 9). Die Zahl der Krankenhausfälle ist dagegen auffällig hoch. Dies gilt insbesondere für Depressionen.

Resultate für seelische und geistige Schwerbehinderungen sind Tabelle 4 zu entnehmen. Die Verhältniszahlen für geistige Behinderungen sind unauffällig, die für seelische dagegen auffällig hoch (Kapitel 10).

Diese Ergebnisse sprechen dafür, Bereiche mit auffällig ungünstigen Ergebnissen als Handlungsfelder zu priorisieren: Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neubildungen (u. a. Krebs), Verletzungen und Vergiftungen, Erkrankungen des Atmungssystems sowie psychische und Verhaltensstörungen, insbesondere Depression, außerdem körperliche und seelische

Tabelle 3: Überblick über die Hauptergebnisse zu psychischen akuten Erkrankungen und Behandlungsfällen in Pankow, 2021, nach Krankheitsarten

	Anteil an Toden (Berlin, %)	Anteil an KH-Fällen (%)	VZ KH-Fälle	Anteil an AU-Tagen (%)	VZ AU-Tage
Psychische Erkrankungen insgesamt	5,3	7,5	1,14	23,0	1,00
Psychotrope Substanzen	0,5	2,4	1,13		
Depressionen		1,6	1,18		
Schizophrenie		1,1	1,11		

Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus; VZ: statusadjustierte und (wo angemessen) zuvor altersstandardisierte Verhältniszahl. Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig; weiß: Zuordnung nicht sinnvoll. Leere Zellen bedeuten, dass die Zahl nicht vorlag bzw. nicht berechnet werden konnte. Die Anteile addieren sich nicht zu 100%, da zahlreiche Erscheinungsformen psychischer Erkrankungen nicht ausgewiesen sind. Daten: s. Kapitel 9.

Tabelle 4: Überblick über die Hauptergebnisse zu seelischen und geistigen Schwerbehinderungen und Schwerbehinderungen der Sinne

	Anteil an Schwerbehinderungen (%)	VZ Schwerbehinderungen
seelische Behinderungen	22	1,06
geistige Behinderungen	5	1,01

Abkürzung: VZ: altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl. Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig. Die Anteile addieren sich nicht zu 100%, da körperliche, Sinnes- und sonstige Behinderungen in dieser Tabelle nicht ausgewiesen sind. Daten: s. Kapitel 10.

Behinderungen. Wo möglich, bieten die entsprechenden Kapitel hierzu auch vertiefende Analysen, z. B. Aufschlüsselungen nach Alter und Geschlecht oder Krankheitsarten, die bei der weiteren Priorisierung herangezogen werden können.

Neben der Frage, ob Pankow in einem Bereich auffällig ungünstige Ergebnisse zeigt, sind bei der Priorisierung von Handlungsfeldern noch andere Aspekte zu beachten, nämlich

- das Ausmaß, in dem das Handlungsfeld überhaupt von bezirklichem Handeln beeinflusst werden kann und die Wirksamkeit spezifischer Maßnahmen,
- unerwünschte negative Folgen von Maßnahmen auf die Gesundheit
- andere unerwünschte Folgen von Maßnahmen sowie
- Kosten und Aufwände für Maßnahmen (Kapitel 13).

Je nach konkreter Ausgestaltung können solche Maßnahmen, die auf häufige Krankheitsarten abzielen, tendenziell ein günstigeres Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweisen als solche, die auf seltenere Krankheiten abzielen (Kapitel 13). In diesem Zusammenhang können die Angaben in den Tabellen zu Anteilen an Krankenhaus-Fällen und Behinderungen genutzt werden.

Darüber hinaus können Auswertungen zur räumlichen Konzentration von Menschen mit Behinderungen zur Planung verwendet werden - etwa wenn es um die Frage geht, wie eine Beratungsstelle so platziert wird, dass man besonders viele Betroffene erreicht (Kapitel 7, 9).

Rahmenbedingungen

Umweltbelastungen durch Luftschadstoffe konzentrieren sich vor allem im Pankower Süden. Dies gilt auch für die Belastung durch Hitze. Maßnahmen des Hitzeschutzes, die auch im Winter zu Temperatursenkungen führen, sind skeptisch zu betrachten, da sie insgesamt der Gesundheit möglicherweise mehr schaden als nützen (Kapitel 11).

Bei der medizinischen Versorgung ergeben sich, im Vergleich mit den anderen Bezirken, wenige auffällige Ergebnisse: Die Zahl der Krankenhausplätze relativ zum Bedarf der Pankowerinnen und Pankower ist etwa so wie in Berlin insgesamt: Die Versorgung mit Plätzen für körperliche

Krankheiten ist etwas günstiger, die Versorgung der Plätze für psychiatrische Behandlungsfälle etwas ungünstiger als im Mittel der Berliner Bezirke. Die Versorgung der Pankowerinnen und Pankower mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist relativ zum Bedarf etwa so wie in Berlin insgesamt. Diese Bereiche der Versorgung entziehen sich der bezirklichen Steuerung weitgehend (Kapitel 12).

Die Auslastung der Pankower Pflegeheime liegt etwa im Berliner Mittel. Die Versorgung der ambulant zu betreuenden Pflegebedürftigen scheint eher etwas ungünstiger zu sein als in Berlin insgesamt. Die rasche Bearbeitung von Anträgen und Rechnungen seitens des Bezirksamts könnte zur Verbesserung dieser Situation beitragen. Bezüglich der Versorgung psychisch Kranker mit Leistungen der Eingliederungshilfe, über die die Steuerungsgremien beraten, fällt auf, dass Pankow etwas mehr Klientinnen und Klienten aus anderen Bezirken aufnimmt als umgekehrt (Kapitel 12).

Die vorgelegten Ergebnisse können als Grundlage der weiteren bezirklichen Planungen im Bereich Gesundheit genutzt werden (Kapitel 13).

Inhalt

Kurzfassung	5
Inhalt	11
Abkürzungsverzeichnis	14
1 Einleitung	15
2 Der Bezirk Pankow	17
3 Sozioökonomischer Status	23
3.1 Konzept, Relevanz und Messung	23
3.2 Die Messung des sozioökonomischen Status von Räumen mit dem Pankower Erwerbs- und Sozialindex (PESIx)	25
3.3 Sozioökonomischer Status in Pankow	26
4 In diesem Bericht verwendete Kennzahlen und ihre Interpretation	31
4.1 Einleitung	31
4.2 Anzahl (Häufigkeit)	31
4.3 Anteile und Raten	31
4.4 Beobachtet-erwartet-Analysen mit altersstandardisierten Raten und Verhältniszahlen	32
4.5 Beobachtet-erwartet-Analysen mit altersstandardisierten und zusätzlich adjustierten (z. B. statusadjustierten) Verhältniszahlen	34
4.6 Räumliche Dichte	37
4.7 Korrelationen	37
4.8 Verschiedene Kennzahlen und ihre Relevanz im Überblick	38
5 Sterbegeschehen	40
5.1 Einleitung	40
5.2 Lebenserwartung	40
5.3 Säuglingssterblichkeit	42
5.4 Perinatalsterblichkeit	46
5.5 Zusammenfassung	48
6 Körperliche akute Erkrankungen und Behandlungsfälle	49
6.1 Einleitung	49
6.2 Daten und Analysen	50
6.3 Ergebnisse	52
6.3.1 Körperliche Erkrankungen insgesamt	52
6.3.2 Krankheiten des Kreislaufsystems	55
6.3.3 Neubildungen	59
6.3.4 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen	62
6.3.5 Krankheiten des Verdauungssystems	65
6.3.6 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	66
6.3.7 Krankheiten des Atmungssystems	68
6.3.8 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	71
6.3.9 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	72
6.3.10 Alkoholattributable Diagnosen	73
6.3.11 Diabetes mellitus	74
6.4 Zusammenfassung und Diskussion	76

7 Körper- und Sinnesbehinderungen	80
7.1 Einleitung	80
7.2 Daten und Analysen	81
7.3 Ergebnisse	83
7.3.1 Menschen mit Körperbehinderungen (ohne Sinnesbehinderungen).....	83
7.3.1.1 Berliner Bezirke.....	83
7.3.1.2 Pankower Planungsräume.....	86
7.3.2 Menschen mit Sinnesbehinderungen	88
7.3.2.1 Berliner Bezirke.....	88
7.3.2.2 Pankower Planungsräume.....	90
7.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	92
8 Pflegebedürftigkeit	95
8.1 Einleitung	95
8.2 Daten und Analysen	96
8.3 Ergebnisse	97
8.3.1 Pflegebedürftige nach SGB XI	97
8.3.2 Pflegebedürftige mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII.....	101
8.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	101
9 Psychische akute Erkrankungen und Behandlungsfälle	103
9.1 Einleitung	103
9.2 Daten und Analysen	104
9.3 Ergebnisse	106
9.3.1 Psychische Krankheiten insgesamt.....	106
9.3.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)	109
9.3.3 Depressionen (F32-F33, F34.1)	110
9.3.4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-29).....	113
9.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	114
10 Menschen mit seelischen oder geistigen Behinderungen	117
10.1 Einleitung	117
10.2 Daten und Analysen	118
10.3 Ergebnisse	120
10.3.1 Menschen mit seelischen Behinderungen	120
10.3.1.1 Berliner Bezirke.....	120
10.3.1.2 Pankower Planungsräume	123
10.3.2 Menschen mit geistigen Behinderungen	125
10.3.2.1 Berliner Bezirke.....	125
10.3.2.2 Pankower Planungsräume	127
10.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	129
11 Gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen I: Umwelt und Umgebung	131
11.1 Einleitung	131
11.2 Luftschadstoffbelastung durch Stickstoffdioxid	132
11.3 Hitze	136
11.4 Zusammenfassung und Diskussion.....	139

12	Gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen II: Versorgungsstruktur	142
12.1	Einleitung	142
12.2	Krankenhäuser	142
12.3	Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte	147
12.4	Altenpflege	150
12.4.1	Ambulante Pflege	150
12.4.2	Stationäre Pflege	151
12.5	Steuerungsgremien	151
12.5.1	Psychiatrie	151
12.5.2	Sucht	157
12.6	Zusammenfassung und Diskussion	161
13	Fazit	163
	Anhang	165
1	Daten der Einwohnerregisterstatistik	166
2	Berechnung des Pankower Erwerbs- und Sozialindex (PESIx)	169
2.1	Ziele	169
2.2	Bislang vorliegende zusammenfassende Maße des sozioökonomischen Status	169
2.3	Die Berechnung des ESIX	170
2.4	Verwendete Variablen	171
2.5	Vorläufige Bildung des Subindex P-Erwerbsleben	176
2.6	Vorläufige Bildung des Subindex P-Soziale Lage	177
2.7	Vergleich der Berechnungsmethoden	178
2.8	Endgültige Formel für den PESIx	179
3	Berechnung der altersstandardisierten Verhältniszahlen	181
4	Berechnung der Beobachtet-erwartet-Analysen mit Regressionsmodellen	183
5	Berechnung der Lebenserwartung	186
6	Berechnung der Raten der AU-Tage aufgrund körperlicher und psychischer Krankheiten	187
7	Indirekte Altersstandardisierung der AU-Tage	189
8	Daten der Krankenhausstatistik	193
9	Körperliche und psychische akute Erkrankungen und Behandlungsfälle: Nicht statusadjustierte Verhältniszahlen	195
10	Zuordnung der Schlüssel zu Kategorien der Behinderung	196
11	Vergleich der Statistiken zu Schwerbehinderung in Pankow	198
12	Überblick über Arten und Schwere von Behinderungen	200
13	Menschen mit Schwerbehinderung: Nicht statusadjustierte Verhältniszahlen	201
14	Entwicklung der Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen	202
15	Altersstandardisierte (nicht zusätzlich adjustierte) Verhältniszahlen für von ambulanten Diensten versorgte Pflegebedürftige	203
16	Ärztliche Versorgung: Grundzüge der Berechnung von Bedarfen	204
17	Personal der Pflegeeinrichtungen: Berechnung von Vollzeitäquivalenten	206
	Danksagung	208
	Literatur	209

Abkürzungsverzeichnis

AfS	Amt für Statistik
ALG	Arbeitslosengeld
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
BFB	Bundesfreiwilligendienst
BTHG	Bundesteilhabegesetz
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease (chronisch obstruktive Lungenerkrankung)
DAK	Deutsche Angestellten-Krankenkasse
DDR	Deutsche Demokratische Republik
ESIx	Erwerbs- und Sozialindex (Maßzahl des sozioökonomischen Status in Bezirken)
ELB	erwerbsfähige Leistungsberechtigte
FSJ	Freiwilliges Soziales Jahr
GdB	Grad der Behinderung
GSA	Gesundheits- und Sozialstrukturatlas (Veröffentlichung des Berliner Senats)
ICD	International Classification of Diseases (Kategoriensystem für Krankheiten)
KH	Krankenhaus
KiGGS	Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (Studie des Robert Koch Instituts)
LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales
LOR	lebensweltlich-orientierte Räume (geographische Ordnungssystematik der Berliner Verwaltung)
NO₂	Stickstoffdioxid
OLS	ordinary least squares (Typ [Schätzer] der statistischen Regressionsanalyse)
PESIx	Pankower Erwerbs- und Sozialindex (dem → ESIX eng verwandte Maßzahl des sozioökonomischen Status von → LOR)
PG	Pflegegrad
PLR	Planungsraum, Planungsräume (kleinste räumliche Einheit der → LOR)
QPK	Organisationseinheit Qualitätsentwicklung, Planung und Koordinierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes (in Berliner Bezirksverwaltungen)
RBS	Regionales Bezugssystem
SAFE	Sichere Anonymisierung für Einzeldaten (Algorithmus zur Sicherstellung des Datenschutzes)
SenStadtWohn	Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen
SenWGPG	Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung
SGB	Sozialgesetzbuch
SöS	sozioökonomischer Status
StBA	Statistisches Bundesamt
UV-Strahlung	ultraviolette Strahlung
VZ	Verhältniszahl
VZÄ	Vollzeitäquivalente
WBGT	wet bulb globe temperature (ein Maß der Belastung durch Hitze)
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)

1 Einleitung

Der vorliegende Gesundheitsbericht stellt die gesundheitliche Lage der Pankower Bevölkerung dar, ebenso wie soziale und andere Rahmenbedingungen, die die Gesundheit beeinflussen können. Als Basisbericht behandelt er dabei nicht jedes der Themen in der Tiefe, die man in einem Spezialbericht zu einem ausgewählten Thema erwarten würde.

In weiten Teilen dieses Berichts wird das Gesundheitsgeschehen in Pankow mit dem in anderen Bezirken verglichen. Hierdurch lassen sich Hinweise darauf ableiten, in welchen Bereichen der Gesundheit in Pankow besondere Verbesserungspotentiale bestehen könnten. Dies könnte dann der Fall sein, wenn die Gesundheitsergebnisse der Pankowerinnen und Pankower, verglichen mit denen in anderen Bezirken, deutlich weniger günstig sind als angesichts der Alters- und Sozialstruktur des Bezirks zu erwarten. Auf dieser Basis sind jedoch keine Aussagen darüber möglich, wie es zu relativ ungünstigen Gesundheitsergebnissen gekommen ist oder was unternommen werden sollte, um zum Beispiel die zukünftige Auftrittshäufigkeit von Krankheiten zu verringern, die in Pankow überraschend häufig vorkommen.

Eine andere Frage ist es, wie mit bestehenden Einschränkungen der Gesundheit umgegangen werden kann. Diesbezüglich sind die beschriebenen Vergleiche zwischen Bezirken nicht aussagekräftig. Hier stellt sich jedoch häufig die Frage, wo im Bezirk ggf. Ressourcen zu konzentrieren wären – also zum Beispiel, wo im Bezirk eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderungen platziert werden sollte. Zu diesem Zweck werden Analysen zur räumlichen Konzentration von Gesundheitsproblemen innerhalb Pankows angestellt. Die Möglichkeit hierzu ist stark eingeschränkt dadurch, dass nur wenige gesundheitsrelevante Daten unterhalb der Bezirksebene vorliegen.

Eine andere Form der Konzentration wäre es, bestimmte Bevölkerungsgruppen in den Fokus zu nehmen. Dies ist nicht das Ziel des vorliegenden Basisberichts. Vielmehr geht es um die Gesundheit der Bevölkerung insgesamt. In manchen Fällen kommen die oben beschriebenen Analysen zu dem Ergebnis, dass die Gesundheitsergebnisse der Pankowerinnen und Pankower deutlich weniger günstig sind als angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. In diesen Fällen werden vertiefende Analysen nach Alter und Geschlecht vorgenommen, wenn es die Datenlage zulässt. Solche Gruppenvergleiche werden jedoch nicht durchgehend angestellt. Ausführliche Analysen zur Gesundheit im Pankower Geschlechtervergleich bietet der Frauengesundheitsbericht 2023.¹ Ergebnisse zur Kindergesundheit in Pankow finden sich im jüngsten Bericht zu Ergebnissen der Einschulungsuntersuchungen.²

¹ (Barthelme, 2023)

² (Barthelme, 2024)

Viele Leserinnen und Leser dürften sich nur für einen Teil der Themen des Berichts interessieren. Daher ist es wünschenswert, dass die einzelnen Kapitel möglichst für sich gelesen werden können. Deshalb werden dort teils Inhalte wiederholt, die schon in vorherigen Kapiteln behandelt wurden. Hierfür wird in Kauf genommen, dass Leserinnen und Leser, die den ganzen Bericht durchgehen, auf manche Textstelle stoßen, die ihnen bekannt vorkommt. Andererseits würde es den Bericht allzu sehr aufblähen, wenn eine detaillierte Beschreibung häufig verwendeter Methoden sowie der Interpretation ihrer Ergebnisse in vielen aufeinanderfolgenden Kapiteln wiederholt würde. Diese detaillierten Beschreibungen werden deshalb in einem Kapitel konzentriert, auf das in den folgenden Kapiteln zur Gesundheit der Pankowerinnen und Pankower nur noch verwiesen wird. Diese inhaltlichen Kapitel selbst enthalten dann nur noch stark verdichtete Angaben zur Interpretation der Kennzahlen. Auch die umfassende Beschreibung spezifischer Datengrundlagen ist wichtig, doch die Erfahrung zeigt, dass solche Beschreibungen nicht bei allen Leserinnen und Lesern auf ungeteiltes Interesse stoßen. Diese Beschreibungen werden daher in vielen Fällen in einen der zahlreichen Anhänge verlegt. Dort finden sich außerdem Ergebnisse, die nicht so zentral sind, dass sie im Hauptteil stehen müssen, aber auch nicht so unwichtig, dass auf ihre Präsentation ganz verzichtet werden sollte.

Nach dieser Einleitung setzt der Bericht fort mit einer kurzen Beschreibung des Bezirks Pankow und seiner Soziodemographie (Kapitel 2). Darauf wird das Konzept des sozioökonomischen Status behandelt, das im Zusammenhang mit der Gesundheit wichtig ist, weil Untersuchungen seit langem deutliche Zusammenhänge zwischen der Gesundheit und dem Status nachgewiesen haben (Kapitel 3). Nach einem Überblick wird das hier verwendete Maß des sozioökonomischen Status vorgestellt. Im letzten Abschnitt des Kapitels wird der sozioökonomische Status der Pankower Bevölkerung im Bezirksvergleich dargestellt. Kapitel 4 stellt die Maßzahlen vor, die in den folgenden Kapiteln verwendet werden. Diese zentralen Kapitel (5 bis 10) stellen die Gesundheit der Pankower Bevölkerung dar: Sowohl akute als auch chronische Erkrankungen und sowohl körperliche als auch psychische Krankheiten inklusive Pflegebedürftigkeit. Hierbei werden Felder herausgearbeitet, bei denen aufgrund der Ergebnisse besondere Verbesserungspotentiale bestehen könnten. Die Kapitel 11 und 12 stellen Rahmenbedingungen der Gesundheit dar: In Kapitel 11 geht es um Umwelteinflüsse, die sich auf die Gesundheit auswirken können, in Kapitel 12 werden ausgewählte Aspekte der Gesundheitsversorgung vorgestellt, bevor ein Fazit (Kapitel 13) den Hauptteil des Berichts abschließt.

2 Der Bezirk Pankow

2001 wurden im Rahmen der Berliner Gebietsreform die bisherigen Bezirke Pankow, Prenzlauer Berg und Weißensee zu dem neuen Bezirk Pankow vereinigt.³ Mit gut 420.000 Menschen – das sind ca. 11% der Berliner – ist er der einwohnerreichste Bezirk der Stadt.⁴ Dies dürfte auch in absehbarer Zukunft so bleiben: Laut einer Modellrechnung werden in Pankow im Jahre 2040 gut 450.000 Menschen wohnen. Ein größerer absoluter Zuwachs wird in keinem anderen Bezirk erwartet.⁵

Für die Verwaltung ist es häufig sinnvoll, kleinere Räume als den Bezirk zu betrachten. Zu diesem Zweck wird in Berlin die Systematik der sogenannten „lebensweltlich orientierten Räume“ (LOR) verwendet. Diese Gliederung ist hierarchisch aufgebaut, d. h. jede der kleineren räumlichen Einheiten ist jeweils nur einer der größeren Einheiten zugeordnet. Die Systematik ist wie folgt:⁶

- Planungsräume (in Berlin 542, in Pankow 60), zusammengefasst in
- Bezirksregionen (in Berlin 143, in Pankow 16), zusammengefasst in
- Prognoseräumen (in Berlin 58, in Pankow 7), zusammengefasst in
- den 12 Bezirken.

Die LOR sind so zugeschnitten, dass sie sozial wie baulich möglichst homogen sind. Gleichzeitig sollen die Planungsräume keine allzu großen Spannen bei den Einwohnerzahlen aufweisen und mit anderen statistischen Systemen kompatibel sein.⁷ Nicht immer lassen sich alle diese Anforderungen gleichzeitig erfüllen.

Der Zuschnitt der LOR wurde zuletzt zum 1. Januar 2021 geändert. Hierbei stieg die Zahl der Pankower Planungsräume von 40 auf 60, so dass Daten für Planungsräume ab 2021 nicht ohne weiteres mit älteren Daten vergleichbar sind. Der Zuschnitt der Bezirksregionen und Prognoseräume änderte sich in Pankow jedoch nicht. Ein Pankower Planungsraum hat im Mittel gut 7.000 Einwohnerinnen und Einwohner, eine Bezirksregion knapp 27.000, ein Prognoseräum knapp 61.000.

³ (Bezirksamt Pankow von Berlin, kein Datum a)

⁴ Einwohnerregisterstatistik, Stand: 31. Dezember 2023, eigene Berechnungen.

⁵ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022, S. 13)

⁶ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin, Referat I A, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Referat 41B, RegioKontext GmbH, & Dr. Paul Hebes – Wissensbasierte Planung, 2020, S. 5, 16, 33-37)

⁷ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen Berlin, Referat I A, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Referat 41B, RegioKontext GmbH, & Dr. Paul Hebes – Wissensbasierte Planung, 2020, S. 5-7)

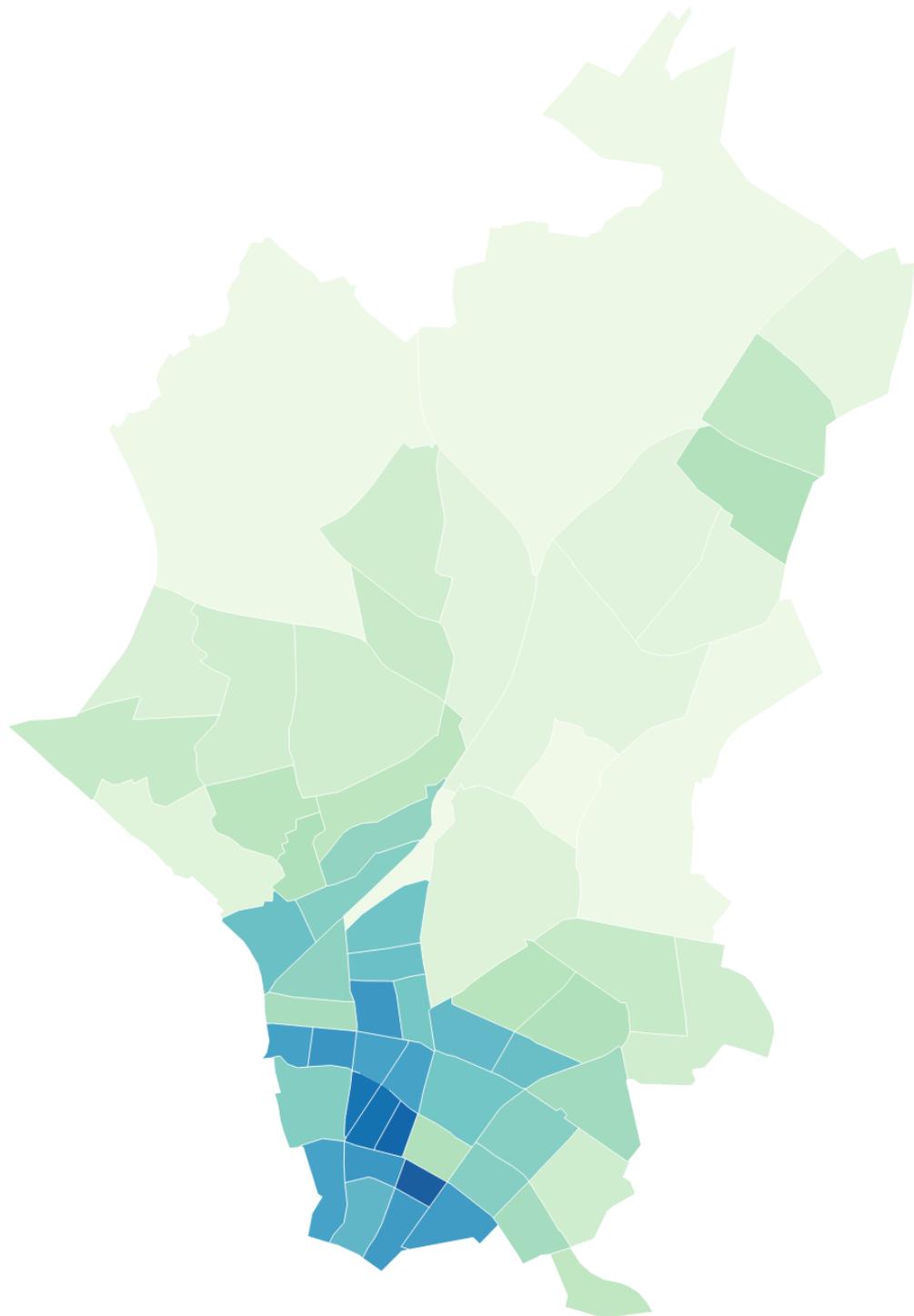


Abbildung 1: Einwohner pro Hektar in den Pankower Planungsräumen, 30.06.2023. Ein Hektar sind 100 mal 100 Meter. Für den Nenner wurde die Gesamtfläche genutzt. Kartenmaterial und Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Graphik.

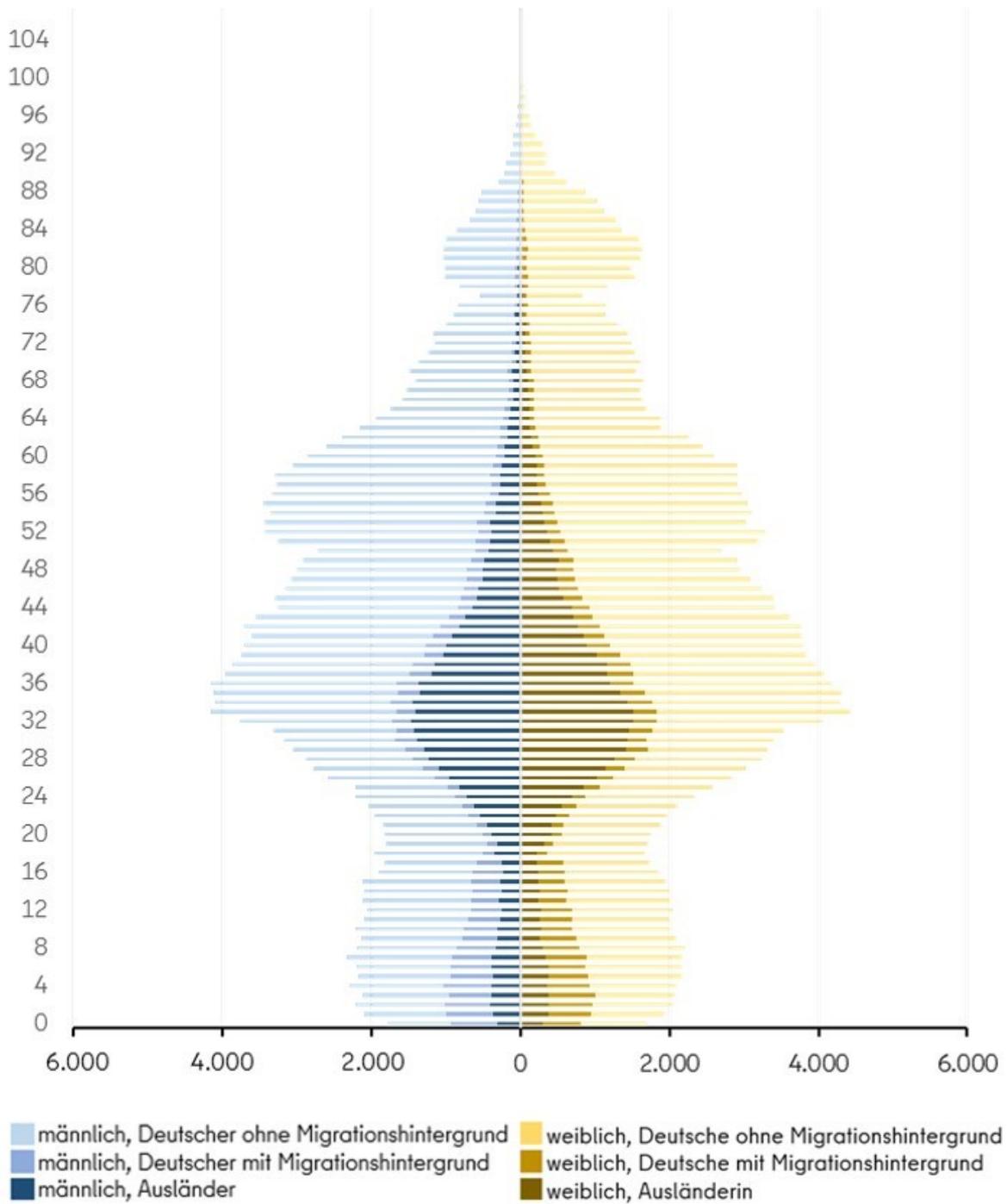


Abbildung 2: Altersverteilung nach Geschlecht und Migrationsstatus, Pankow, 30.06.2023. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen.

Jedoch bestehen sehr nennenswerte Unterschiede zwischen den LOR. So hat der kleinste Prognoseraum (Buch) mit einer Bevölkerung von knapp 18.000 nur etwa ein Sechstel der Einwohnerzahl des größten Prognoseraums (Nördlicher Prenzlauer Berg, ca. 108.000

Einwohnerinnen und Einwohner). In einem Planungsraum (Pankower Tor) ist niemand gemeldet, während im größten Planungsraum (Ostseestraße) knapp 14.000 Menschen leben.

Innerhalb Pankows verteilen sich die Einwohnerinnen und Einwohner sehr ungleichmäßig. Dies illustriert Abbildung 1, in der helle Farben eine niedrige und dunkle Farben eine hohe Einwohnerdichte anzeigen: Hoch ist die Dichte im innenstadtnahen Süden, niedrig im Norden, wo Pankow an Brandenburg grenzt.

Pankow hat mit knapp 41 Jahren das drittniedrigste Durchschnittsalter der Berliner Bezirke. Niedriger ist es nur in Friedrichshain-Kreuzberg (gut 38 Jahre) und Mitte (knapp 39 Jahre). Der in diesem Sinne „älteste“ Bezirk ist Steglitz-Zehlendorf mit knapp 46 Jahren, für Berlin insgesamt liegt der Wert bei gut 42 Jahren.⁸

Abbildung 2 zeigt die Altersverteilung in Pankow nach Geschlecht und Migrationsstatus. Details zu den verwendeten Daten, insbesondere der Bestimmung des Migrationsstatus, erläutert Anhang 1. Wie für westliche Gesellschaften der Gegenwart typisch, hat diese „Alterspyramide“ nicht die Form einer Pyramide, sondern erinnert eher an eine Zwiebel. Ebenfalls typisch ist, dass in hohen Altersjahrgängen Frauen überrepräsentiert sind. Der Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund ist bei den unter 40-Jährigen höher als in den höheren Altersjahrgängen.

Andere Blicke auf diese Daten bieten die folgenden Tabellen. Tabelle 5 zeigt die Anzahl der Pankower Einwohnerinnen und Einwohner nach zwölf Kombinationen von Alter und Migrationshintergrund. Tabelle 6 zeigt die gleichen Zahlen in anderer Weise: als prozentuale Anteile an der Gesamtbevölkerung von Pankow, gerundet auf ganze Prozentzahlen. Tabelle 7 leistet das gleiche für Berlin insgesamt.

Tabelle 8 legt gewissermaßen Tabelle 6 und Tabelle 7 übereinander (wobei die exakten, nicht die gerundeten Prozentzahlen zugrunde liegen): Gezeigt wird jeweils das Verhältnis des prozentualen Anteils einer Kombination von Alter und Migrationsstatus in Pankow (Tabelle 6) zu dem entsprechenden Anteil in Berlin insgesamt (Tabelle 7). Zum Beispiel hat der Eintrag für die Zelle „Deutsche mit Migrationshintergrund, Alter 0-17“ in Tabelle 8 den Wert 1,49, weil der Wert der entsprechenden Zelle für Pankow (ca. 11%, Tabelle 6) geteilt durch den Wert für Berlin (ca. 7%, Tabelle 7) 1,49 ergibt. Werte unter 1 (Anteil in Pankow kleiner) sind violett unterlegt, Werte über 1 (Anteil in Pankow größer) ocker. Je größer die Abweichung von 1, desto kräftiger die Farbe.

Tabelle 8 zeigt, dass die Anteile der Ausländerinnen und Ausländer und insbesondere der Deutschen mit Migrationshintergrund in Pankow geringer sind als in Berlin insgesamt. Auch die Anteile der über-65-Jährigen sind kleiner. Anders ausgedrückt: Die Anteile der Menschen ohne Migrationshintergrund und der unter-65-Jährigen sind in Pankow höher als in Berlin insgesamt.

⁸ Stand: 30. Juni 2023. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen.

Tabelle 5: Einwohnerzahl in Pankow am 30.06.2023, nach Alter und Migrationshintergrund

	Ausländerinnen und Ausländer	Deutsche mit Migrationshintergrund	Deutsche ohne Migrationshintergrund	gesamt
0-17	11.198	17.428	45.529	74.155
18-64	65.419	19.047	202.429	286.895
65-79	2.075	1.633	35.421	39.129
80+	367	847	22.014	23.228
gesamt	79.059	38.955	305.393	423.407

Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen

Tabelle 6: Einwohnerzahl in Pankow am 30.06.2023, prozentuale Anteile an allen Einwohnern nach Alter und Migrationshintergrund

	Ausländerinnen und Ausländer	Deutsche mit Migrationshintergrund	Deutsche ohne Migrationshintergrund	gesamt
0-17	3%	4%	11%	18%
18-64	15%	4%	48%	68%
65-79	0%	0%	8%	9%
80+	0%	0%	5%	5%
gesamt	19%	9%	72%	100%

Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen. Prozentzahlen gerundet; 0% müssen nicht genau 0 Personen entsprechen.

Tabelle 7: Einwohnerzahl in Berlin am 30.06.2023, prozentuale Anteile an allen Einwohnern nach Alter und Migrationshintergrund

	Ausländerinnen und Ausländer	Deutsche mit Migrationshintergrund	Deutsche ohne Migrationshintergrund	gesamt
0-17	3%	6%	7%	16%
18-64	19%	8%	38%	65%
65-79	1%	1%	10%	12%
80+	0%	0%	6%	6%
gesamt	24%	15%	61%	100%

Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen. Prozentzahlen gerundet; 0% müssen nicht genau 0 Personen entsprechen.

Tabelle 8: Einwohnerzahl am 30.06.2023, Anteile an allen Einwohnern nach Alter und Migrationshintergrund: Verhältnis der Anteile in Pankow zu den Anteilen in Berlin

	Ausländerinnen und Ausländer	Deutsche mit Migrationshintergrund	Deutsche ohne Migrationshintergrund	gesamt
0-17	0,81	0,70	1,49	1,07
18-64	0,82	0,57	1,26	1,05
65-79	0,35	0,37	0,84	0,74
80+	0,25	0,80	0,90	0,86
gesamt	0,78	0,61	1,18	1,00

Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (s. Anhang 1), eigene Berechnungen

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass Pankow Berlins einwohnerstärkster Bezirk ist und dies auch, aufgrund eines überdurchschnittlich starken Wachstums, in absehbarer Zukunft bleiben dürfte. Die Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner im Bezirk ist sehr ungleichmäßig: hoch ist die Bevölkerungsdichte im Süden, niedrig im Norden. Die Anteile der Deutschen ohne Migrationshintergrund und der Menschen unter 65 sind in Pankow höher als in Berlin insgesamt.

3 Sozioökonomischer Status

3.1 Konzept, Relevanz und Messung

In vielen Untersuchungen zeigt sich, dass Personen mit niedrigerem sozioökonomischen Status tendenziell eine schlechtere Gesundheit aufweisen und früher sterben als solche mit höherem. Der sozioökonomische Status (SöS) ist ein abstraktes Konzept und bezeichnet die Position, die eine Person in der Hierarchie der Gesellschaft einnimmt. Eine höhere Position geht dabei einher mit besserem Zugang zu Ressourcen, die zur Erreichung von Zielen eingesetzt werden können, z. B. Macht, Ansehen, Geld oder Wissen.⁹ Dementsprechend ist zu erwarten, dass Personen mit höherem SöS typischerweise ihre Ziele in höherem Maße erreichen als solche mit niedrigem SöS. Zu solchen Zielen zählen eine gute Gesundheit und ein langes Leben.¹⁰

Die konkrete Messung des SöS ist in der Forschungsliteratur uneinheitlich.¹¹ Als ideal gilt es, hierfür Maße der formalen Bildung, des Berufsprestiges und des Einkommens zusammenzufassen,¹² wie es z. B. in der KiGGS-Studie des Robert-Koch-Instituts gemacht wird¹³. Diese zusammengefasste Variable bildet dann das Maß des SöS. Wenn Kinder oder Jugendliche untersucht werden, wird in aller Regel der SöS des Elternhauses betrachtet.¹⁴

Da Daten zu Bildung, Berufsprestige und Einkommen oft nicht sämtlich vorliegen, werden in der praktischen Forschung häufig nur ein oder zwei dieser Maße herangezogen.¹⁵ Alternativ werden auch verwandte Maße genutzt, etwa Haushaltsmitglieder pro Zimmer,¹⁶ finanzielles Vermögen¹⁷ oder der Besitz bestimmter Konsumgüter¹⁸.

⁹ (Diemer, Mistry, Wadsworth, López, & Reimers, 2013, S. 79; Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi, & Levin, 2004, S. 269)

¹⁰ (Link & Phelan, 1995, S. 87-88; Luftey & Freese, 2005, S. 1326-1327; Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi, & Levin, 2004, S. 269)

¹¹ (Beckmann, et al., 2016, S. 27-28; Berzofsky, Smiley-McDonald, Moore, & Krebs, 2014, S. 2-11; Diemer, Mistry, Wadsworth, López, & Reimers, 2013, S. 80-93; Neff, 1938, S. 731-734)

¹² (Beckmann, et al., 2016, S. 27-28; Ditton & Maaz, 2015, S. 19; Lange, Manz, Rommel, & Schienkewitz, 2016)

¹³ (Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters, & Kroll, 2018)

¹⁴ (Chapman & Wiggins, 1925; Lampert, Hoebel, Kuntz, Müters, & Kroll, 2018)

¹⁵ Beispiele sind: nur formale Bildung (Conti, Heckman, & Urzua, 2010; Lundborg, Lyttkens, & Nystedt, 2016), nur Einkommen (Griffner, Kuntsche, Graham, & Bloomfield, 2012; Lampert, Kroll, & Dunkelberg, 2007; Lundborg, Lyttkens, & Nystedt, 2016), nur das Berufsprestige (Bengtsson, Dribe, & Helgertz, 2020; Lindenboom, Llena-Nozal, & van der Klaauw, 2016) oder ein Maß, das Einkommen und Bildung (aber nicht Berufsprestige) zusammenfasst (House, Kessler, & Herzog, 1990; Phelan, Link, Diez-Roux, Kawachi, & Levin, 2004).

¹⁶ (Martin, 1955)

¹⁷ (Kolk & Schnettler, 2016)

¹⁸ (Chapman & Wiggins, 1925; Sims, 1928; Vuković, Bjegović, & Vuković, 2008)

Ein solches Vorgehen ist akzeptabel, denn statistische Auswertungen zeigen immer wieder, dass die verschiedenen Variablen, die zur Messung des SöS herangezogen werden, miteinander korrelieren: Typischerweise haben Personen mit höherer Bildung prestigereichere Berufe und ein höheres Einkommen.¹⁹

Für die Gesundheitsberichterstattung ist der SöS von Interesse, weil sich immer wieder zeigt, dass ein deutlicher statistischer Zusammenhang zwischen dem SöS und der Gesundheit besteht: Menschen mit niedrigerem SöS sind im Mittel häufiger krank und sterben früher.²⁰ Dies wird als „sozialer Gradient“ der Gesundheit bezeichnet. Diesen statistischen Zusammenhang könnte es deshalb geben, weil (1) der SöS die Gesundheit beeinflusst, (2) die Gesundheit den SöS beeinflusst und/oder (3) andere Faktoren sowohl den SöS als auch die Gesundheit beeinflussen.²¹

Ein Beispiel für die dritte Art der Erklärung findet sich bei Fuchs.²² Er vermutet, dass es den sozialen Gradienten deshalb gibt, weil manche Menschen langfristige Folgen ihres Handelns besonders wenig beachten und dies negative Auswirkungen sowohl auf den SöS als auch auf die Gesundheit hat. Ein Beispiel für die zweite Art der Erklärung wird von Adams et al. dargestellt: Gesundheitliche Beeinträchtigungen schränken die Arbeitsfähigkeit ein, was zu verringertem Einkommen führen kann.²³ Ein Beispiel für die erste Art der Erklärung bieten Link und Phelan, die den Zusammenhang dadurch erklären, dass ein hoher SöS den Zugriff auf Ressourcen wie Geld, Wissen, Macht, Prestige und soziale Netzwerke mit sich bringt, die für den Erhalt der Gesundheit verwendet werden können.²⁴ Natürlich können mehrere dieser Erklärungsarten gleichzeitig zutreffen – und verschiedene Erklärungsansätze können verschieden erklärungskräftig sein, je nachdem, welchen Aspekt der Gesundheit man betrachtet.

Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass der Zusammenhang teils darauf zurückzuführen ist, dass Menschen mit niedrigerem SöS im Mittel weniger gesundheitsförderliches und mehr gesundheitsschädliches Verhalten zeigen.²⁵ So zeigen Untersuchungen aus Deutschland, dass Erwachsene mit niedrigen Einkommen und geringer Bildung häufiger rauchen als andere Personen;²⁶ das gleiche gilt für Kinder und Jugendliche aus Haushalten mit niedrigerem sozioökonomischen Status.²⁷ Einigkeit besteht auch darüber, dass dieser Aspekt allein die

¹⁹ (Lampert, Hoebel, Kuntz, Mütters, & Kroll, 2018)

²⁰ (Lahelma, 2010)

²¹ (Adams, Hurd, McFadden, Merrill, & Ribeiro, 2003, S. 5; Apouey & Clark, 2015, S. 51; Lindenboom, Llana-Nozal, & van der Klaauw, 2016, S. 187; Meer, Miller, & Rosen, 2003, S. 713-714)

²² (Fuchs, 1982)

²³ (Adams, Hurd, McFadden, Merrill, & Ribeiro, 2003, S. 5)

²⁴ (Link & Phelan, 1995)

²⁵ (Pampel, Krueger, & Denney, 2010)

²⁶ (Kotz, Böckmann, & Kastaun, 2018)

²⁷ (Kuntz, Waldhauer, Zeiher, Finger, & Lampert, 2018)

Unterschiede nicht erklären kann. Welche weiteren Gründe eine wie große Wirkung haben, ist Gegenstand fortlaufender Forschung.

Aufgrund des dargestellten Zusammenhangs ist es naheliegend anzunehmen, dass in geographischen Räumen mit niedrigerem SöS die mittlere Gesundheit schlechter ist. In der Tat ist die Lebenserwartung in ärmeren Ländern geringer als in reicheren,²⁸ und ein ähnlicher Unterschied zeigt sich, wenn man Stadtteile mit niedrigerem SöS mit bessergestellten Stadtteilen vergleicht.²⁹ Dies gilt auch für Berlin.³⁰

3.2 Die Messung des sozioökonomischen Status von Räumen mit dem Pankower Erwerbs- und Sozialindex (PESIx)

Im vorliegenden Bericht werden das Auftreten von Krankheiten und andere gesundheitsrelevante Phänomene dargestellt. Die Darstellung erfolgt nicht auf der Ebene von Individuen, sondern auf der Ebene von Räumen wie Bezirken und Planungsräumen. Dabei wird dargestellt, in welchem Zusammenhang die altersstandardisierten Krankheitsraten mit dem sozioökonomischen Status stehen und wie die Ergebnisse sich darstellen, wenn berücksichtigt wird, dass unterschiedliche Räume unterschiedliche Alters- und Sozialstrukturen aufweisen.

Hierfür ist es nötig, ein Maß des SöS zu nutzen. Idealerweise würden hierfür Daten zur formalen Bildung, zum Berufsprestige und zum Einkommen für alle relevanten Räume genutzt. Solche Daten liegen nicht vor. Daher wurden verschiedene Kennzahlen gesichtet, die in der Berliner Verwaltung bereits zur Darstellung von Konzepten genutzt werden, die dem SöS verwandt sind. Aus Gründen, die in Anhang 2 detailliert dargestellt werden, wird im vorliegenden Bericht eine leicht veränderte Version des Erwerbs- und Sozialindex (ESIx, Version Planungsräume) genutzt, der für den Berliner *Gesundheits- und Sozialstrukturatlas 2022*³¹ erarbeitet worden war. Um die enge Verwandtschaft zum ESIx ebenso in der Bezeichnung darzustellen wie den Umstand, dass von der dort verwendeten Berechnungsmethode etwas abgewichen wird, wird der hier genutzte Index als *Pankower Erwerbs- und Sozialindex (PESIx)* bezeichnet. Er beruht auf den Variablen

- Anteil Arbeitsloser unter 25 Jahren an der Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren
- Anteil Langzeitleistungsbeziehender nach SGB II an der Bevölkerung (15-64 Jahre)
- Anteil erwerbsfähiger Hilfebedürftiger nach SGB II an der Bevölkerung (15-64 Jahre)
- Anteil nichterwerbsfähiger Hilfebedürftiger nach SGB II an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 18 Jahren)

²⁸ (Lahelma, 2010, S. 75-77)

²⁹ (Martin, 1955; Nagi & Stockwell, 1973; Sheps & Watkins, 1947)

³⁰ (Haftenberger, Zeiher, & Finger, 2022)

³¹ (Zeiher, Häßler, Finger, & Hermann, 2022)

Details zur inhaltlichen Herleitung und Berechnung sind in Anhang 2 dargestellt. Die Liste der Variablen lässt bereits die Schwäche des PESIx erkennen: Die verwendeten Variablen messen ausschließlich Armut. Verglichen mit idealen Maßen des SöS ist der PESIx also in zweierlei Weise limitiert: Erstens fehlen Maße der formalen Bildung und des Berufsprestiges – lediglich der wirtschaftliche Aspekt des SöS taucht im PESIx auf. Zweitens wird auch der wirtschaftliche Aspekt nur über den Bezug von Transferleistungen dargestellt: Vereinfacht gesagt misst der PESIx, wie groß die Unterschicht in einem Raum ist; Unterschiede zwischen Mittelschicht und Oberschicht werden nicht abgebildet.

Dies ist misslich, weil der Zusammenhang zwischen SöS und Gesundheit sich nicht auf den Unterschied zwischen Armut und der Abwesenheit von Armut beschränkt – auch formale Bildung und Berufsprestige sowie die Unterschiede zwischen mittleren und hohen Einkommen können hier relevant sein. Jedoch ist eine Abbildung anderer Aspekte des SöS mit vorliegenden Daten nicht möglich. Wie sich im Laufe des Berichts zeigen wird, weist auch der PESIx, trotz seiner genannten Limitationen, in vielen Fällen deutliche Zusammenhänge mit der Gesundheit auf.

3.3 Sozioökonomischer Status in Pankow

Abbildung 3 stellt den PESIx Pankows im Zeitverlauf dar und vergleicht ihn dabei mit den Werten der anderen Berliner Bezirke. Er zeigt eine über die Jahre recht hohe Stabilität. Die Abbildung lässt außerdem erkennen, dass Pankow (grüne Linie) in allen betrachteten Jahren den günstigsten Wert aufweist. Unmittelbar darunter finden sich Steglitz-Zehlendorf und Treptow-Köpenick; die

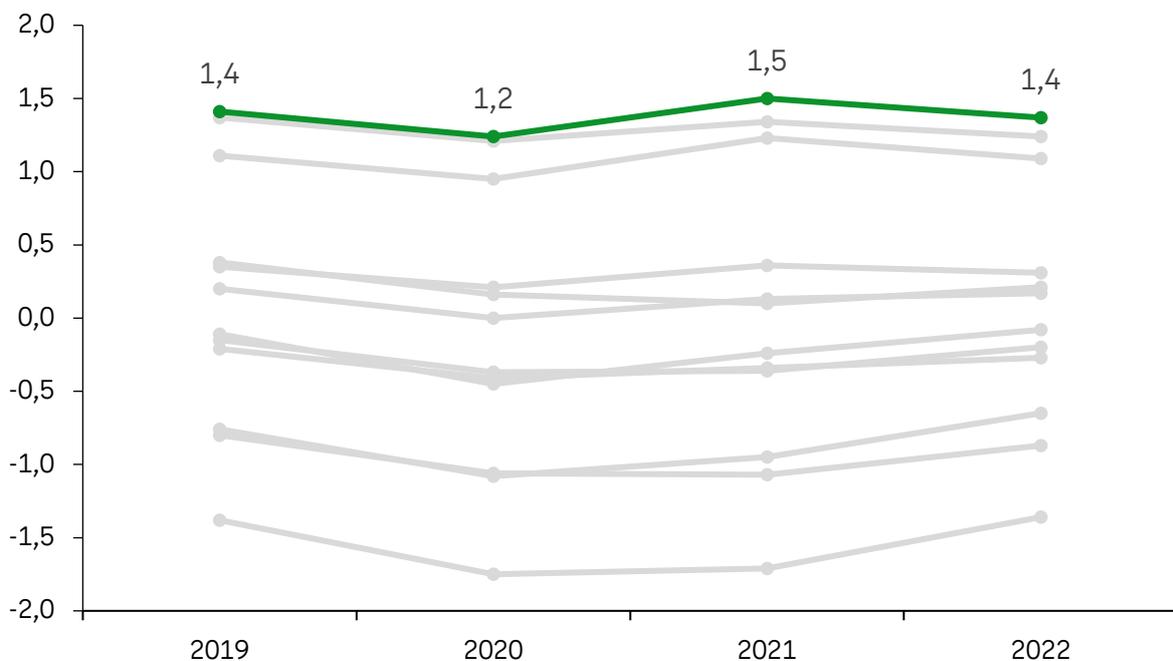


Abbildung 3: Sozioökonomischer Status im Dezember, gemessen mit dem PESIx, nach Bezirk, 2019-2022. Grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Zur Berechnung des PESIx s. Abschnitt 3.2 und Anhang 2.

unterste Linie stellt Neukölln dar.

Abbildung 4 stellt die Variablen dar, die in den PESIx eingehen. Die Werte der Berliner Bezirke im Dezember 2022 werden miteinander verglichen. Details zu diesen Variablen finden sich in Anhang 2. Alle Variablen sind prozentuale Anteile.

Der Abbildungsteil „Grundsicherung SGB XII (18+)“ stellt die volljährigen Einwohnerinnen und Einwohner (als Anteil an allen volljährigen Einwohnerinnen und Einwohnern) dar, die Grundsicherung erhalten, weil sie „ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, sicherstellen können“³² und dem Arbeitsmarkt nicht zur Verfügung stehen. Personen, die die Regelaltersgrenze überschritten haben, stehen dem Arbeitsmarkt grundsätzlich nicht zur Verfügung; bei Personen im Erwerbsalter kann dies aufgrund dauerhafter gesundheitlicher Einschränkungen der Fall sein.

Der Abbildungsteil „Arbeitslose (15-24)“ stellt den Anteil der Arbeitslosen unter 25 als Anteil an den 15-24-Jährigen dar. Arbeitslose werden unabhängig gezählt davon, ob sie Leistungen nach SGB II oder III erhalten.

„Langzeitleistungsbeziehende ALG II (15-64)“ sind Personen, die in mindestens 21 der 24 Monate vor dem Stichtag ALG II bezogen haben. Ihre Zahl wird ins Verhältnis gesetzt zur Zahl aller 15-64-Jährigen im Bezirk.

„Hilfebedürftige ALG II (15-64)“ sind alle Personen im Alter zwischen 15 und 64 Jahren, die ALG II beziehen und erwerbsfähig sind. Ihr Anteil an allen Einwohnerinnen und Einwohnern in dieser Altersgruppe wird als Prozentzahl ausgewiesen.

„Hilfebedürftige ALG II (0-14)“ sind Menschen, die aufgrund ihres Alters zwischen 0 und 14 Jahren noch nicht am Arbeitsmarkt teilnehmen, für die jedoch Leistungen nach SGB II gezahlt werden, da sie in einer Bedarfsgemeinschaft wohnen. In der Regel sind dies Kinder von Eltern, die ALG II beziehen. Der prozentuale Anteil an allen Einwohnerinnen und Einwohnern dieser Altersgruppe wird dargestellt.

Ein Blick auf die Abbildung zeigt, dass Pankow durchweg zu den Bezirken mit den niedrigsten (günstigsten) Werten zählt, ebenso wie Steglitz-Zehlendorf. In Neukölln und Spandau sind die Werte besonders häufig hoch, also ungünstig.

³² (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2024)

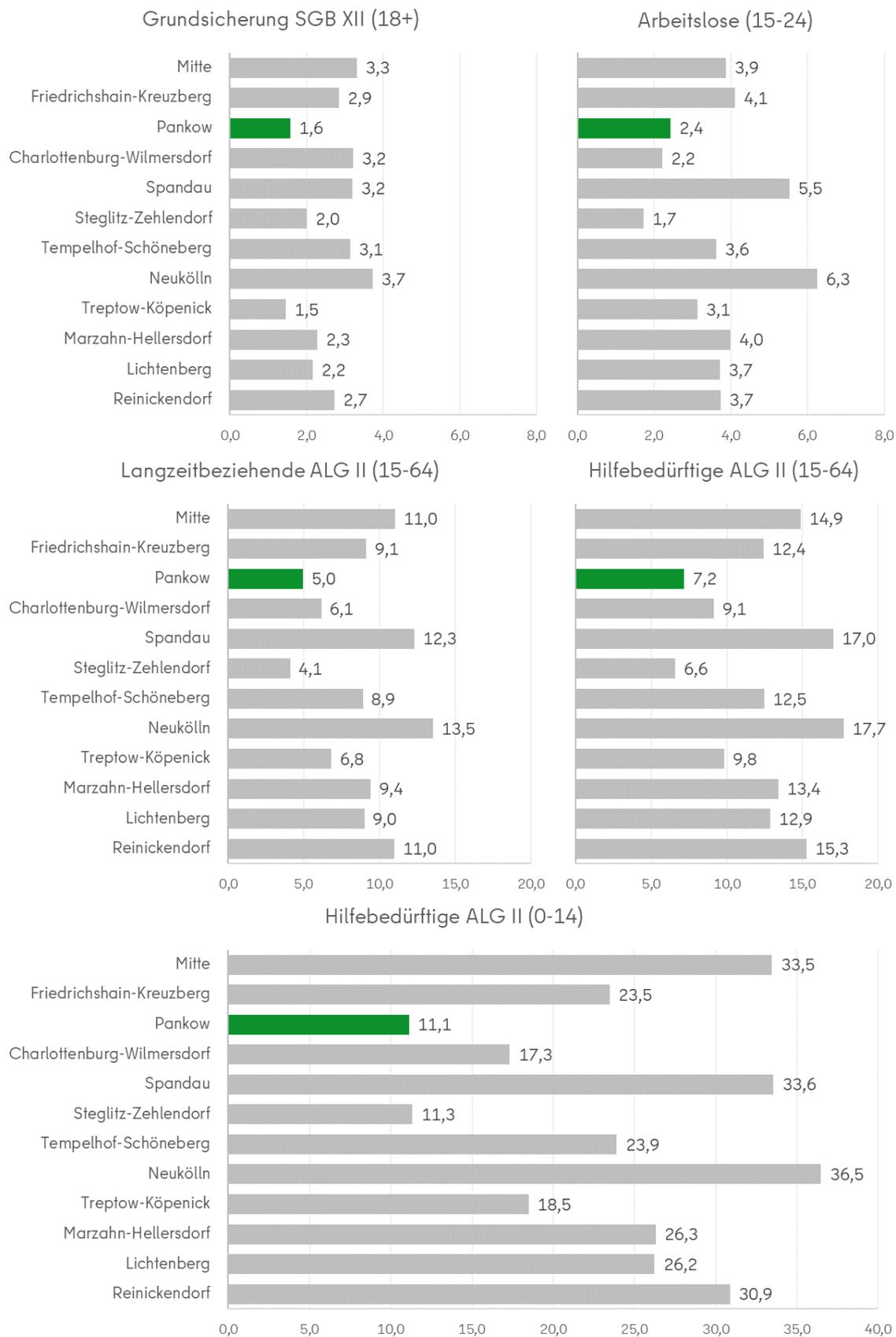


Abbildung 4: Maße der Armut, die in den PESIx eingehen, nach Bezirk, Dezember 2022. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen (zu Details s. Anhang 2).

Abbildung 5 zeigt, wie die verschiedenen Pankower Planungsräume in Bezug auf den PESIx abschneiden. Hierbei fehlen die PLR Pankower Tor und Blankenburger Süden, für die der PESIx aufgrund ihrer geringen Einwohnerzahlen nicht berechnet wurde. Es zeigt sich, dass 56 der 58 verbleibenden PLR mit Werten über 0 recht gut dastehen. Ausnahmen sind die PLR Karower Chaussee und insbesondere Volkspark Prenzlauer Berg. Der für Pankow ungewöhnlich ungünstige sozioökonomische Status dieses Planungsraums wurde schon im Gesundheits- und Sozialstrukturatlas 2022 des Senats thematisiert.³³

Zusammenfassend ist zu sagen, dass der sozioökonomische Status in Pankow im Vergleich zu anderen Bezirken günstig ist – was sich auch im hier genutzten zusammenfassenden Maß des SöS, dem PESIx, zeigt. Angesichts dessen ist zu erwarten, dass die Gesundheit der Pankowerinnen und Pankower besser ist als die der Einwohnerinnen und Einwohner anderer Bezirke.

³³ (Zeiber, Häßler, Finger, & Hermann, 2022, S. 20, 48, 100)

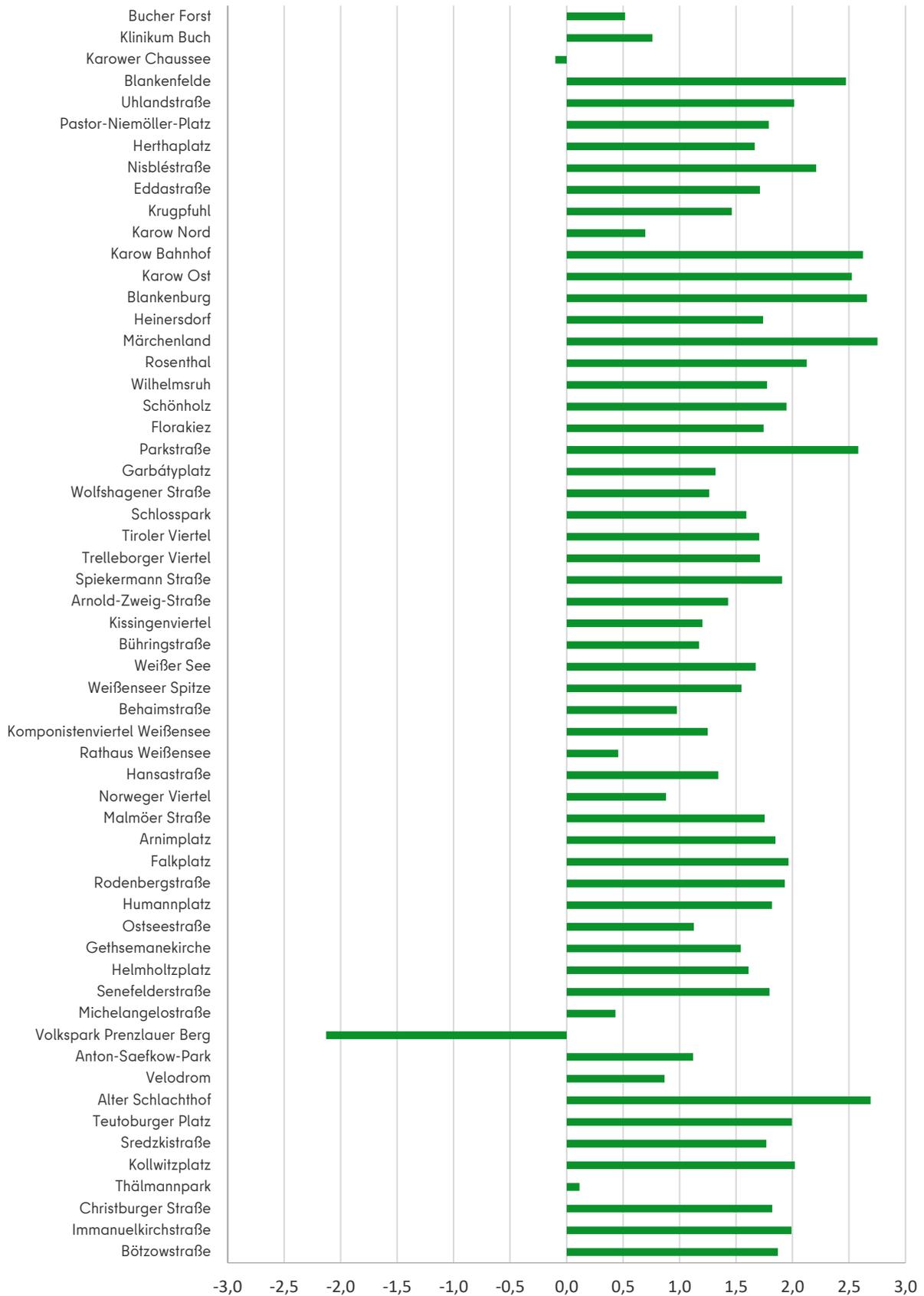


Abbildung 5. Sozioökonomischer Status in Pankow, gemessen mit dem PESIX, nach Planungsräumen mit mindestens 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern, Dezember 2021. Zur Berechnung des PESIX s. Abschnitt 3.2 und Anhang 2.

4 In diesem Bericht verwendete Kennzahlen und ihre Interpretation

4.1 Einleitung

In den folgenden Kapiteln 5 bis 10 werden viele Zahlen dargestellt, die Gesundheit und Krankheit in Pankow charakterisieren – zum Beispiel das Sterbegeschehen, Krankenhausbehandlungen oder Pflegebedürftigkeit. Hierbei werden verschiedene Analyseverfahren herangezogen, die zur Beantwortung verschiedener Fragestellungen geeignet sind. Das vorliegende Kapitel erläutert diese Verfahren.

4.2 Anzahl (Häufigkeit)

Anzahlen sind die einfachsten Kennzahlen, die in diesem Bericht genutzt werden. Sie *geben Auskunft auf die Frage, wie viel von etwas vorliegt*, zum Beispiel wie häufig Menschen wegen psychischer Krankheiten in einem Jahr im Krankenhaus behandelt wurden.

Anzahlen sind relevant, wenn man wissen will, wie hoch die Belastung eines Raumes durch ein Krankheitsphänomen insgesamt ist. Dies kann wiederum wichtig sein für die Frage, Mittel in welcher Höhe aufgewendet werden müssen, wenn auf die Krankheitsbelastung reagiert werden soll. Gibt es zum Beispiel in einem Bezirk mehr psychisch Kranke als in einem anderen Bezirk, so wird der erste dieser Bezirke mehr Mittel für die Versorgung der psychisch Kranken benötigen als der zweite Bezirk.

4.3 Anteile und Raten

In der akademischen Statistik werden Anteile häufig als Dezimalzahlen ausgedrückt, so dass man zum Beispiel lesen könnte, der Frauenanteil an den Einwohnerinnen und Einwohnern einer Stadt betrage 0,51. Dagegen werden in der vorliegenden Arbeit Anteile als Prozentzahlen ausgedrückt, so dass es zum Beispiel heißt, der Frauenanteil an den Einwohnerinnen und Einwohnern betrage 51%. Anteile im hier gemeinten Sinne können nicht größer als 100% sein, da sie errechnet werden indem die Anzahl der Teile einer Gesamtmenge, die ein bestimmtes Merkmal besitzt, geteilt werden durch die Anzahl der Gesamtmenge. Im Beispiel wird die Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner, die Frauen sind, geteilt durch die Anzahl aller Einwohnerinnen und Einwohner, um den prozentualen Anteil der Frauen an allen Einwohnerinnen und Einwohnern zu erhalten. Dies ist bedeutungsgleich mit dem statistischen Begriff der Quote.

Ganz ähnlich wie beim Anteil wird bei der Rate eine interessierende Größe ins Verhältnis gesetzt zu einem anderen Wert, dessen Höhe in diesem Zusammenhang relevant ist. Die Verwendung des

Begriffs „Rate“ variiert; im vorliegenden Bericht wird der Begriff „Rate“ dadurch definiert, dass der zweite Wert etwas ganz anderes darstellt als der erste. So werden zum Beispiel in diesem Bericht Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner berichtet; Fälle und Einwohnerinnen und Einwohner sind unterschiedliche Größen. Bei Raten kann es dazu kommen, dass sich Werte über 100% ergeben. So werden in diesem Bericht Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaften als Rate pro 1.000 Geburten berichtet. Hierbei ergeben sich teils Werte von über 1.000 Fällen pro 1.000 Geburten. Dies ist nicht unlogisch, da im Zusammenhang mit einer Geburt mehrere Behandlungsfälle auftreten können.

Anteile und Raten sind ein erster Schritt der Standardisierung, bei der die bloßen Anzahlen so umgerechnet werden, dass sie für viele Fragestellungen aussagekräftiger sind. So ist es zum Beispiel wenig überraschend, wenn in 2021 mehr Menschen aus Pankow im Krankenhaus behandelt wurden als Menschen aus Friedrichshain-Kreuzberg – denn in Pankow wohnen viel mehr Menschen. Anteile und Raten *geben Auskunft auf die Frage, in welchem Maße die Anzahl der interessierenden Größe größer oder kleiner ist als angesichts der Anzahl derjenigen Größe, durch die geteilt wird, zu erwarten ist.* Zum Beispiel: Gibt es mehr Frauen als angesichts der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner zu erwarten; gibt es mehr Krankenhausfälle als angesichts der Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner zu erwarten; gibt es mehr Behandlungsfälle im Zusammenhang mit Schwangerschaften als angesichts der Anzahl der Geburten zu erwarten?

4.4 Beobachtet-erwartet-Analysen mit altersstandardisierten Raten und Verhältniszahlen

Mit der Standardisierung als Rate ist dem Umstand Rechnung getragen, dass unterschiedliche Anzahlen (von Frauen, Behandlungsfällen, Pflegebedürftigen etc.) deshalb zu erwarten sind, weil in unterschiedlichen Räumen z. B. unterschiedlich viele Menschen wohnen oder Geburten vorkommen. Im Zusammenhang mit Gesundheitskennzahlen ist außerdem entscheidend, dass die Altersverteilung in unterschiedlichen Räumen unterschiedlich ist, denn ältere Menschen sind von den meisten Gesundheitsproblemen in höherem Maße betroffen als jüngere. Ein Vergleich der Raten von Räumen, die unterschiedliche Altersverteilungen haben, wäre somit sozusagen unfair. Deshalb ist es in der Gesundheitsberichterstattung üblich, mit sog. altersstandardisierten Raten zu arbeiten, um den Effekt unterschiedlicher Altersverteilungen „herauszurechnen“ und verschiedene Räume so besser vergleichbar zu machen.³⁴ Das heißt: Die ursprünglichen Raten werden umgerechnet, um statt der ursprünglichen Raten diejenigen Raten zu erhalten, die ein Raum dann aufweisen würde, wenn das Gesundheitsgeschehen (z. B. die Rate der Behandlungsfälle)

³⁴ (Bardehle, 2007, S. 75)

innerhalb der Altersgruppen so bliebe wie zuvor, die Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner auf die Altersgruppen aber in allen Räumen gleich wäre.

Im Detail wird unterschieden zwischen direkter und indirekter Altersstandardisierung. Die Bedeutung dieser Unterscheidung und die statistischen Details sind an anderer Stelle nachzulesen.³⁵

Die Verteilung der Einwohnerinnen und Einwohner auf die Altersgruppen, auf welche die beobachteten Werte umgerechnet werden, kann fast beliebig gewählt werden; entscheidend ist, dass für alle Räume die gleiche Verteilung gewählt wird. In der Praxis haben sich hier zwei Vorgehensweisen durchgesetzt: Bei der direkten Altersstandardisierung wird in der Regel die sog. „alte Europabevölkerung“ zugrunde gelegt, die eine typische Altersverteilung einer europäischen Gesellschaft in den 1960er Jahren darstellt. Bei der indirekten Altersstandardisierung werden die Altersverteilungen der analysierten Räume so umgerechnet, als entsprächen sie der Altersverteilung des größeren Raumes, den sie konstituieren – zum Beispiel werden die Altersverteilungen von Kommunen so standardisiert als entsprächen sie der Altersverteilung des Bundeslandes, in dem diese Kommunen liegen.³⁶

Altersstandardisierte Raten selbst sind allerdings nicht besonders aussagekräftig: Was sollte man zum Beispiel anfangen mit der Aussage, dass die Pankower altersstandardisierte Rate der Behandlungsfälle wegen einer bestimmten Krankheit pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in einem Jahr 1.100 betrug? Interessant wird diese Zahl jedoch, wenn man weiß, dass die Rate für Berlin insgesamt 1.000 betrug – denn dann lässt sich errechnen, dass die Pankower Rate selbst nach Berücksichtigung seiner Altersstruktur 1,1-mal so hoch ist wie die Rate für Berlin insgesamt.³⁷ Anders ausgedrückt: Nach Berücksichtigung der Altersverteilung wären für den Bezirk nur 1.000 Fälle erwartet, es wurden aber 1.100 Fälle beobachtet. Damit beträgt der beobachtete Wert das 1,1-fache des erwarteten Wertes.

Dieser Quotient (im Beispiel 1,1) wird im vorliegenden Bericht als *altersstandardisierte Verhältniszahl* bezeichnet und häufig verwendet. Diese Kennzahl *gibt Auskunft auf die Frage, ob der Wert für einen Raum größer oder kleiner ist als angesichts seiner Einwohnerzahl und Altersverteilung zu erwarten*. Hierbei zeigen Zahlen über 1 an, dass der Wert größer ist als zu erwarten, Zahlen unter 1, dass er kleiner ist.

³⁵ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 741-744)

³⁶ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 742-744; Bardehle, 2007, S. 75-76; Gaber, 2011, S. 51)

³⁷ Zu diesem Verfahren s. allgemein Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003, S. 743-744); Bardehle (2007, S. 75-76).

4.5 Beobachtet-erwartet-Analysen mit altersstandardisierten und zusätzlich adjustierten (z. B. statusadjustierten) Verhältniszahlen

Durch die Berechnung von Anteilen und Raten wird berücksichtigt, dass eine Anzahl (von Behandlungsfällen, Menschen mit Behinderung o. ä.) von einer anderen Größe (z. B. Einwohnerinnen und Einwohner) beeinflusst wird. Durch die Berechnung von altersstandardisierten Verhältniszahlen wird zusätzlich berücksichtigt, dass die Anzahl außerdem von der Altersverteilung abhängig ist. In einem dritten Schritt kann berücksichtigt werden, dass die Anzahlen auch noch von anderen Einflüssen als der Einwohnerzahl und der Altersverteilung abhängen. Auch dieser Einfluss kann herausgerechnet werden.

Wie in Kapitel 3 dargestellt, sind deutliche Zusammenhänge zu erwarten zwischen dem sozioökonomischen Status eines Raumes und der Gesundheit seiner Bewohner. Deshalb kann es sinnvoll sein, nach den Einflüssen der Einwohnerzahl und der Altersverteilung eines Raumes zusätzlich den Einfluss des sozioökonomischen Status eines Raumes herauszurechnen. Dies wird als „Adjustierung“ bezeichnet. Der resultierende Vergleich kann, muss aber nicht angemessener sein als der auf Basis bloß altersstandardisierter Raten – ob dies der Fall ist, ist keine statistische, sondern eine inhaltliche Frage. Diese Frage wird am Ende dieses Abschnitts diskutiert.

Das hierzu genutzte statistische Verfahren wird in Anhang 4 dargestellt. Im Ergebnis erhält man wieder eine Verhältniszahl. Für diese wurde nicht nur der Einfluss des Alters herausgerechnet, sondern auch der der zusätzlichen Variable, mit der adjustiert wurde. In der Regel ist die zusätzliche Variable in diesem Bericht der PESIx als Maß des sozioökonomischen Status eines Raumes. Die resultierende Verhältniszahl wird deshalb als *altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl* bezeichnet.

Für die Darstellung dieser Verhältniszahlen werden in der Regel Graphiken wie verwendet. Die Buchstaben A bis L auf der linken Seite bezeichnen die Fälle, also z. B. 12 Bezirke. Daneben sind jeweils die Werte für die Bezirke dargestellt. Werte unter 1 weichen nach links, Werte über 1 nach rechts ab. Hier ist direkt abzulesen, dass zum Beispiel Bezirk A die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl 1,14 aufweist, Bezirk B die Verhältniszahl 0,61. Das bedeutet, dass im Bezirk A der betrachtete Wert 1,14-mal so hoch ist wie angesichts der Altersverteilung und des SöS im Bezirk zu erwarten. Dagegen ist dieser Wert im Bezirk B nur 0,61-mal so hoch.

Sinnvoll ist es, Abweichungen vom zu erwartenden Wert 1 nur dann besondere Aufmerksamkeit zu schenken, wenn sie eine nennenswerte Größe erreichen. Was hier „nennenswert“ ist, kann nicht objektiv bestimmt werden, d. h. es gibt auf diese Frage keine richtigen oder falschen Antworten. Üblich ist es, in solchen Fällen auf die Standardabweichung zurückzugreifen. Die Standardabweichung ist ein Maß der Streuung von Werten um ihren Mittelwert: Sind die

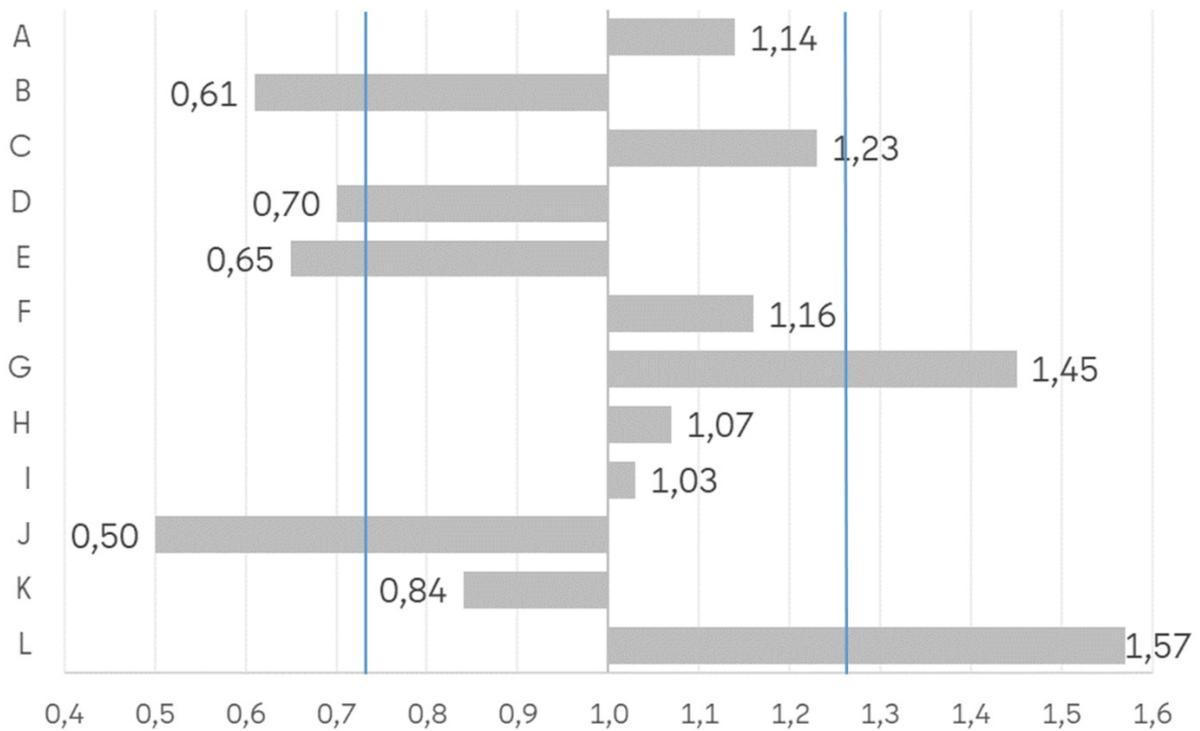


Abbildung 6: Beispielgraphik für die Darstellung altersstandardisierter und statusadjustierter Verhältniszahlen. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: fiktive Daten.

betrachteten Werte alle ähnlich, ist die Standardabweichung niedrig, sind sie sehr unterschiedlich, ist die Standardabweichung hoch. Nach einer vielgenutzten Konvention werden Unterschiede von mindestens 0,8 Standardabweichungen als „groß“ bezeichnet.³⁸ Dementsprechend werden hier Abweichungen von 1, die mindestens 0,8 Standardabweichungen entsprechen, als „auffällig“ bezeichnet. In Abbildung 6 sind 0,8 Standardabweichungen von 1 als blaue Linien dargestellt. Werte links von der linken Linie werden als auffällig klein, die rechts von der rechten Linie als auffällig groß bezeichnet. Dementsprechend werden Werte zwischen den beiden Linien als unauffällig bezeichnet. Tabelle 9 fasst diese Bewertungskonvention zusammen.

Tabelle 9: In diesem Bericht verwendete Bewertungskonventionen für Verhältniszahlen (in Abhängigkeit von Standardabweichungen)

Wert \leq 1 - 0,8*Standardabw.)	(1 - 0,8*Standardabw.) < Wert < (1 + 0,8*Standardabw.)	Wert \geq (1 + 0,8*Standardabw.)
auffällig klein	unauffällig	auffällig groß

Abkürzung: Standardabw.: Standardabweichung(en)

³⁸ (Cohen, 1992)

Im Beispiel (Abbildung 6) sind die Bezirke A, F, H, I und K unauffällig, die Bezirke B, D, E und J haben auffällig kleine altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen. Auffällig groß sind in dem Beispiel die Verhältniszahlen der Bezirke G und L.

Die meisten Kennzahlen in diesem Bericht erreichen hohe Werte, wenn Krankheit beobachtet wird – z. B. Krankenhaus-Behandlungsfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner oder der Anteil der Bevölkerung, der pflegebedürftig ist. Deshalb zeigen hohe Werte in der Regel ungünstige Ergebnisse an. Dies muss aber nicht so sein: So sind bei der Lebenserwartung (Abschnitt 5.2) hohe Werte günstig.

Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob eine Statusadjustierung überhaupt vorgenommen werden soll. Ziel von Beobachtet-erwartet-Analysen ist es, zur Priorisierung von Handlungsfeldern beizutragen. Zum Beispiel soll die Frage beantwortet werden, ob die Zahl der Krankenhaufälle wegen Krankheit X in der Bevölkerung Pankows „zu hoch“ ist: Ist sie höher als zu erwarten, dann liegt die Vermutung nahe, dass sie durch geeignete Maßnahmen gesenkt werden kann, zumindest bis auf das Niveau von Berlin insgesamt. Dies würde dafür sprechen, geeignete Maßnahmen zur Senkung der Krankenhaufälle wegen Krankheit X zu ergreifen.

Wie in Abschnitt 3.1 erwähnt, ist häufig ein hoher Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status von Räumen und der dortigen Gesundheit festzustellen. Dieser Umstand liegt der Idee zugrunde, die Unterschiede zwischen den Bezirken um den Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Gesundheit per Adjustierung zu bereinigen („herauszurechnen“). Dies wäre jedoch verfehlt, wenn dieser Zusammenhang vor allem darauf beruht, dass die Gesundheit den sozioökonomischen Status beeinflusst. Denn dann würde man die Unterschiede bei der Gesundheit zwischen Räumen um einen Faktor bereinigen, der keine Ursache, sondern eine Folge der Gesundheit wäre. Dies würde bedeuten, dass man die Unterschiede der gesundheitlichen Lage zwischen den Bezirken unzulässig kleinrechnet. Die Frage, ob die Gesundheit im Bezirk „zu schlecht“ ist, lässt sich in einem solchen Fall besser beantworten, wenn man die nicht statusadjustierte, bloß altersstandardisierte Kennzahl betrachtet.

In der Praxis ist es häufig nicht leicht zu beurteilen, ob eine Statusadjustierung vorgenommen werden sollte oder nicht. Denn dazu müsste bekannt sein, zu welchen Teilen die beobachteten Korrelationen zwischen SöS und Gesundheit auf welchen Wirkungsrichtungen beruhen. Dies ist häufig nicht der Fall. Für die Analysen im Hauptteil wird aber zumindest eine Abschätzung versucht und die plausibelste Variante der Verhältniszahl – entweder statusadjustiert oder nicht – wird im Hauptteil präsentiert. Sollte ein Grenzfall vorliegen, so wird zusätzlich im Anhang die andere Variante der Verhältniszahl präsentiert.

4.6 Räumliche Dichte

Raten, altersstandardisierte Verhältniszahlen sowie altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen sind drei Kennzahlentypen, die aufeinander aufbauen. Dies gilt für die räumliche Dichte von Menschen mit bestimmten Merkmalen nicht – diese Kennzahl hat auch einen anderen Sinn. Sie gibt Auskunft auf die Frage, *wie viele Menschen mit einem bestimmten Merkmal es pro Flächeneinheit gibt*.

Für diese Kennzahl wird errechnet, wie viele Menschen eines bestimmten Typs (z. B. Menschen mit schwerer Körperbehinderung) es in einem Raum pro Hektar gibt (ein Hektar sind 100x100 Meter). Hierfür wird die Anzahl der Menschen mit dem infrage stehenden Merkmal durch die Zahl der Hektar der Grundfläche des Raumes geteilt. Im Ergebnis steht eine Aussage der Art „In diesem Planungsraum leben 6 Menschen mit körperlicher Behinderung pro Hektar“. Diese Kennzahl hilft dabei einzuschätzen, wie viele Menschen mit einem örtlich gebundenen Angebot (z. B. einer Beratungsstelle) gut erreicht werden können.

4.7 Korrelationen

Die Korrelation ist eine statistische Maßzahl zur Darstellung von Zusammenhängen zwischen zwei Variablen. Ihr Betrag (ihr absoluter Wert) kann zwischen 0 und 1 variieren. Hierbei stellt 0 die Abwesenheit eines Zusammenhangs dar, 1 einen perfekten (den größtmöglichen) Zusammenhang. Korrelationen können positive oder negative Werte annehmen. Ein positiver Wert bedeutet: Je größer der Wert der einen Variable, desto *größer* der Wert der zweiten Variable. Ein negativer Wert bedeutet: Je größer der Wert der ersten Variable, desto *kleiner* der Wert der zweiten Variable.

Korrelationen werden mit dem Buchstaben r bezeichnet.³⁹ Abbildung 7 stellt vier verschiedene Werte von Korrelationen als Streudiagramme dar. Die Punkte könnten zum Beispiel die 12 Berliner Bezirke darstellen, auf der x-Achse könnten zum Beispiel Werte für den sozioökonomischen Status der Bezirke abgetragen sein, auf der y-Achse Werte für Krankenhaus-Behandlungsfälle (z. B. als Raten oder altersstandardisierte Raten). In den vier Streudiagrammen ist jeweils rechts oben der Wert der Korrelation eingetragen, der der dargestellten Streuung der Werte entspricht.

³⁹ Dies gilt, wenn es sich um sogenannte Produkt-Moment-Korrelationen handelt. Diese werden dann berechnet, wenn die zugrundeliegenden Werte metrisches Skalenniveau haben. Bei allen in diesem Bericht dargestellten Korrelationen handelt es sich um Produkt-Moment-Korrelationen.

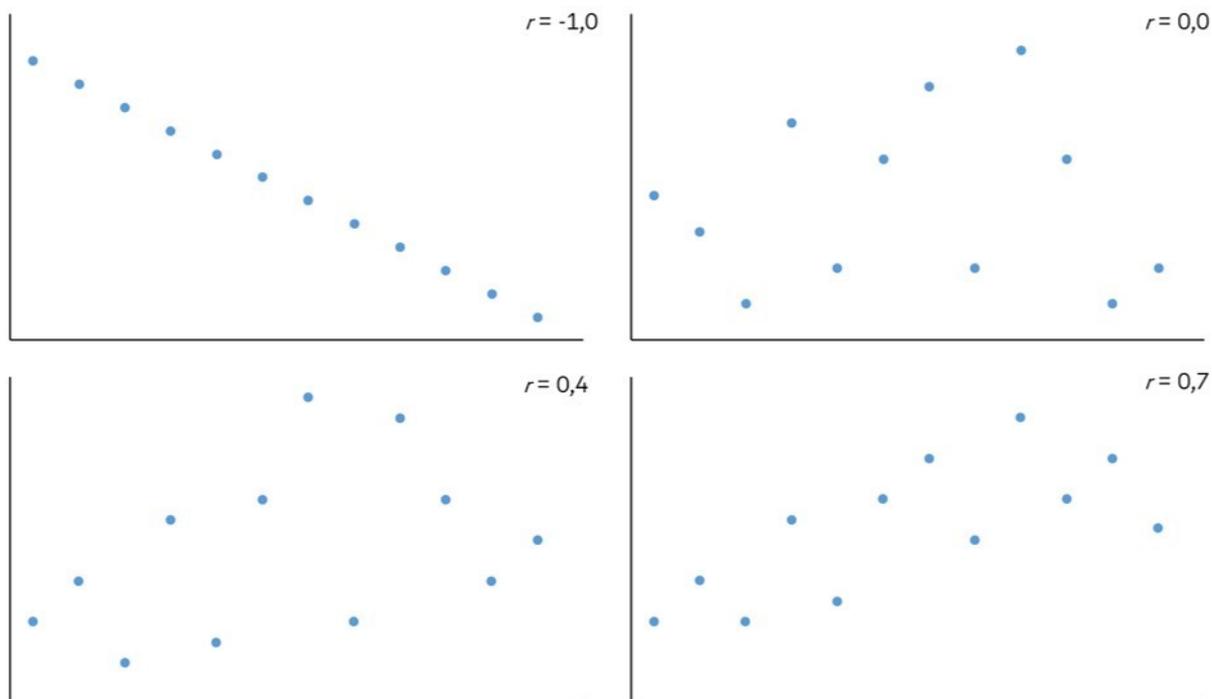


Abbildung 7: Beispiele für Korrelationen mit vier verschiedenen Werten. Daten: fiktive Daten.

Tabelle 10: Zuordnung zwischen Korrelationen und sprachlichen Bewertungen des Zusammenhangs

-1,0 bis -0,5	über -0,5 bis -0,3	über -0,3 bis -0,1	über -0,1 bis unter 0,1	0,1 bis unter 0,3	0,3 bis unter 0,5	0,5 bis 1,0
stark	moderat	schwach	vernachlässigbar	schwach	moderat	stark

Im Einklang mit weitverbreiteten Konventionen⁴⁰ werden im vorliegenden Bericht Zusammenhänge mit einem Betrag unter 0,1 als vernachlässigbar, ab 0,1 als schwach, ab 0,3 als moderat und ab 0,5 als stark bezeichnet (Tabelle 10). Zum Beispiel wird eine Korrelation von $r = 0,4$ als moderater positiver Zusammenhang bezeichnet, eine Korrelation von $r = -0,2$ als schwacher negativer Zusammenhang.

Im vorliegenden Bericht werden Korrelationen vor allem dazu verwendet, um im Text den Zusammenhang zwischen dem sozialen Status von Räumen und dem Wert von Kennzahlen für die Gesundheit darzustellen. Streudiagramme wie die in Abbildung 7 werden im vorliegenden Bericht in der Regel nicht verwendet, wenn Korrelationen dargestellt werden sollen. Stattdessen wird der r -Wert berichtet, z. B. „ $r = -0,12$ “ und das Ergebnis wird zusätzlich sprachlich eingeordnet.

4.8 Verschiedene Kennzahlen und ihre Relevanz im Überblick

Tabelle 11 stellt die Kennzahlen im Überblick dar. Hierbei wird auch, in der rechten Spalte, je ein möglicher Anwendungsfall dargestellt, bei dem die Kennzahl hilfreich sein kann.

⁴⁰ (Cohen, 1992)

Tabelle 11: Übersicht über Kennzahlen und ihre Verwendung

Kennzahl	Gibt Antwort auf die Frage ...	Beispiel	Möglicher praktischer Anwendungsfall
Anzahl	wie viel von etwas vorliegt.	Anzahl der Krankenhaus-Behandlungsfälle wegen psychischer Krankheiten in Pankow 2021	Welche Kosten sind für den Bezirk durch das Vorliegen psychischer Krankheiten in der Bevölkerung zu erwarten?
Anteile und Raten	in welchem Maße die Anzahl der interessierenden Größe größer oder kleiner ist als angesichts der Anzahl derjenigen Größe, durch die geteilt wird, zu erwarten.	prozentualer Anteil der Menschen mit Behinderung an den Bewohnern	In welchem Planungsraum erreicht man eine besonders große Zahl von Menschen mit Behinderung, wenn man alle Bewohner anschreibt?
Altersstandardisierte Verhältniszahlen	in welchem Maße die Anzahl der interessierenden Größe größer oder kleiner ist als angesichts der Anzahl derjenigen Größe, durch die geteilt wird, und der Altersstruktur zu erwarten.	Altersstandardisierte Rate der Behandlungsfälle (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems	Ist Pankows Rate im Vergleich zu anderen Bezirken (nach Berücksichtigung der Altersstruktur) so hoch, dass über eine entsprechende Priorisierung im Rahmen der Gesundheitsförderung nachgedacht werden sollte?
Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen	in welchem Maße die Anzahl der interessierenden Größe größer oder kleiner ist als angesichts der Anzahl derjenigen Größe, durch die geteilt wird, sowie der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten.	Altersstandardisierte und statusadjustierte Rate der Behandlungsfälle (pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems	Ist Pankows Rate im Vergleich zu anderen Bezirken (nach Berücksichtigung der Alters- und Sozialstruktur) so hoch, dass über eine entsprechende Priorisierung im Rahmen der Gesundheitsförderung nachgedacht werden sollte?
Räumliche Dichte	wie viel von etwas pro räumlicher Einheit vorliegt.	Zahl der Menschen mit Behinderung pro Hektar	Wo soll eine Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung platziert werden?
Korrelation	wie stark der Zusammenhang zwischen zwei Größen ist.	Zusammenhang zwischen dem SöS eines Planungsraums und der dortigen Belastung durch Hitze	Kann durch Hitzeschutz in den am stärksten von Hitze belasteten PLR ein Beitrag zur gesundheitlichen Chancengleichheit geleistet werden?

5 Sterbegeschehen

5.1 Einleitung

Kennzahlen zum Sterbegeschehen bilden den grundlegendsten Aspekt der Gesundheit ab. Gleichzeitig sind sie recht allgemein in dem Sinne, dass sie selbst keine Rückschlüsse auf bestimmte zugrundeliegende Krankheiten zulassen. Sie sind daher gut geeignet, sich der gesundheitlichen Lage im Bezirk gewissermaßen aus der Vogelperspektive zu nähern.

Die genutzten Daten werden in den jeweiligen Abschnitten kurz vorgestellt.

5.2 Lebenserwartung

Einen allgemeinen Überblick über das Sterbegeschehen in den Bezirken bieten Daten zur Lebenserwartung. Die Lebenserwartung ist „die durchschnittliche Zahl von Jahren, die ein Mensch in einem bestimmten Alter nach den gegenwärtigen Sterbeverhältnissen voraussichtlich noch leben würde“⁴¹. Wenn von „der Lebenserwartung“ die Rede ist, ist normalerweise die Lebenserwartung bei Geburt auf Basis einer Periodensterbetafel gemeint, die auch hier verwendet wird.⁴² Hierfür werden die Sterberaten in den verschiedenen Altersgruppen berechnet und es wird unterstellt, dass sich diese Sterberaten in Zukunft nicht verändern werden. Unter dieser Annahme kann dann die Lebenserwartung bei Geburt berechnet werden. Das heißt auch: Sollte sich der Trend der letzten 150 Jahre, dass die Menschen immer länger leben,⁴³ in Zukunft fortsetzen, dann würde die aktuell berechnete Lebenserwartung bei Geburt die tatsächlichen zukünftigen Lebenslängen der jetzigen Neugeborenen unterschätzen. Somit ist die Bezeichnung „Lebenserwartung bei Geburt“ irreführend: Sie bezeichnet weniger eine Prognose über die zu erwartende Lebenslänge von Neugeborenen als vielmehr eine Abbildung des derzeitigen Sterbegeschehens. Gegenüber alternativen Kennzahlen des aktuellen Sterbegeschehens (wie der standardisierten Mortalitätsrate) hat sie jedoch den Vorteil, anschaulich zu sein, da sie in Lebensjahren ausgedrückt wird.⁴⁴

⁴¹ (Zeiger, Häßler, Finger, & Hermann, 2022, S. 93)

⁴² Eine Sterbetafel „bildet tabellarisch ab, wie sich ein fest vorgegebener Bestand an Neugeborenen [...] mit voranschreitendem Alter durch den Einfluss der Sterblichkeit sukzessive reduziert. Dabei werden für jedes Altersjahr die mit Hilfe von altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten ermittelten Gestorbenen von der ursprünglichen Modellkohorte [...] abgezogen, sodass in den höchsten Altersgruppen die Zahl der Überlebenden gegen Null geht“ (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, 2020, S. 4). Bei einer *Periodensterbetafel* werden die empirisch in einer bestimmten zeitlichen Periode beobachteten altersspezifischen Sterbewahrscheinlichkeiten zugrunde gelegt (Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz, 2020, S. 4).

⁴³ (Statistisches Bundesamt, 2023c)

⁴⁴ (Silcocks, Jenner, & Reza, 2001)

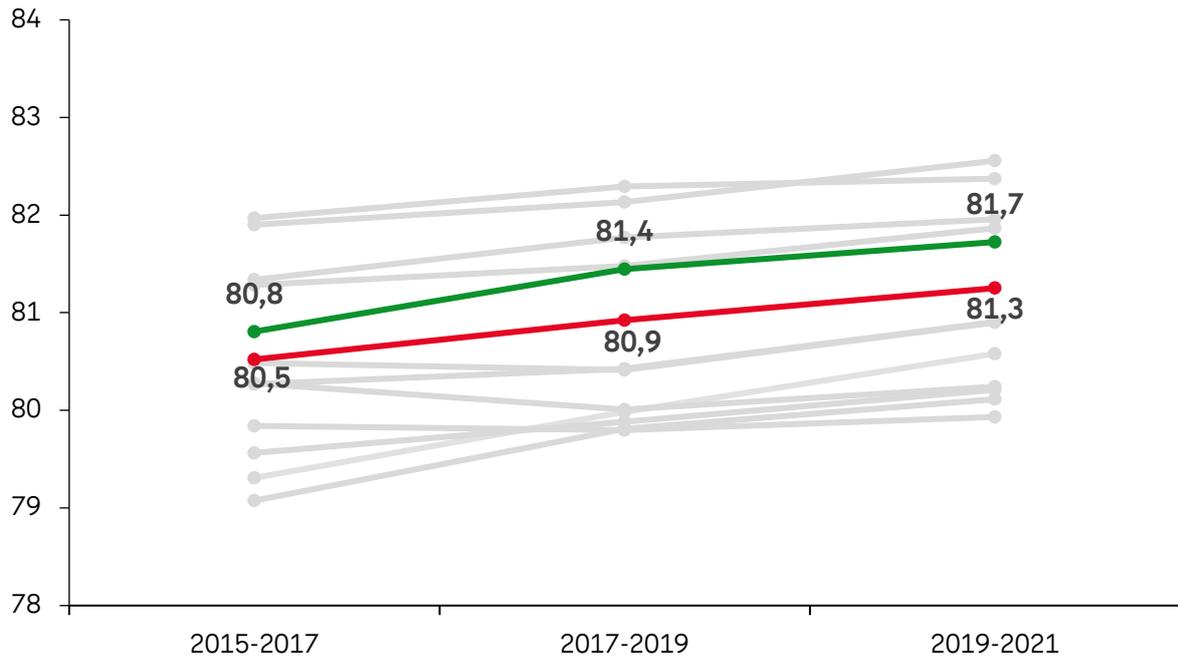


Abbildung 8: Lebenserwartung bei Geburt nach Bezirken und für Berlin gesamt, 2015-17 bis 2019-21. Rot: Berlin, grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Daten: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung (für Berlin vorläufig), SenWGPG - I A -, eigene Berechnungen.

Die Lebenserwartung liegt für Berlin und die Bezirke (nicht jedoch kleinere Räume) im Zeitverlauf vor.⁴⁵ Details der Berechnung beschreibt Anhang 3.

Abbildung 8 stellt die Ergebnisse dar. Zu beachten ist, dass die y-Achse bei 78 Jahren anfängt (und nicht wie üblich bei 0). Die Berliner Werte liegen etwas über dem gesamtdeutschen Niveau.⁴⁶ Der Anstieg der Lebenserwartung ist in Pankow ähnlich wie in Berlin insgesamt und beträgt zwischen 2015-2017 und 2019-2021 fast ein Jahr. Insgesamt liegt Pankow bzgl. der Lebenserwartung im oberen Mittelfeld der Berliner Bezirke.

Um zu prüfen, in welchem Maße dies den strukturellen Rahmenbedingungen in Pankow entspricht, wird eine Beobachtet-erwartet-Analyse mit der Lebenserwartung 2019-2021 durchgeführt. Weil „die Lebenserwartung im Prinzip der um die Alterseffekte bereinigten Sterblichkeit entspricht“⁴⁷, ist eine zusätzliche Altersstandardisierung nicht mehr nötig. Daher wird lediglich eine Statusadjustierung mit dem PESIx (Bezugszeitpunkt Mitte 2020) vorgenommen.

Der PESIx und die Lebenserwartung zeigen einen starken, statistisch positiven Zusammenhang ($r = 0,74$): Je höher der sozioökonomische Status des Bezirks, desto höher die Lebenserwartung.

⁴⁵ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2021/2023)

⁴⁶ (Statistisches Bundesamt, 2023c)

⁴⁷ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 100)

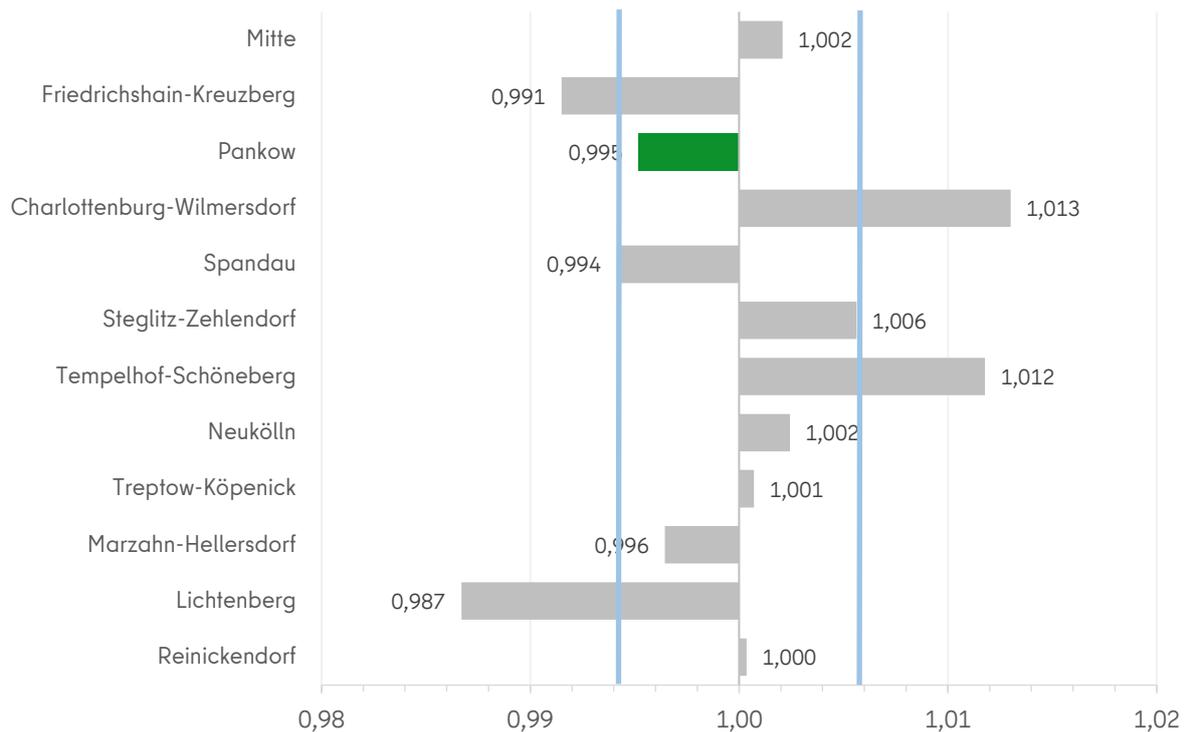


Abbildung 9: Statusadjustierte Verhältniszahl der Lebenserwartung, nach Bezirken, 2019-2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2020. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung (für Berlin vorläufig), SenWGPG - I A -; PESIx: s. Anhang 2; eigene Berechnungen.

Wie Abbildung 9 zeigt, liegen alle statusadjustierten Verhältniszahlen nahe 1. Dies reflektiert zum einen die hohe Korrelation des PESIx mit der Lebenserwartung, die zu einer deutlichen Adjustierung führt; zum anderen ist dies darauf zurückzuführen, dass schon die nicht adjustierten Ergebnisse der Bezirke sich sehr ähnlich sind. Dies wiederum ist darauf zurückzuführen, dass im Berlin der Gegenwart die allermeisten Menschen eines natürlichen Todes sterben und sie ähnliche biologische Grundausstattungen mitbringen. Der Pankower Wert ist etwas ungünstiger als angesichts der Sozialstruktur zu erwarten, liegt aber im unauffälligen Bereich.

5.3 Säuglingssterblichkeit

Die Säuglingssterblichkeit ist definiert als die Sterblichkeit der unter 1-Jährigen; Tot- und Fehlgeburten werden nicht dazugezählt.⁴⁸ Sie wird als ein Indikator für die Qualität der medizinischen Betreuung von Schwangeren, allgemeiner für die Qualität des Gesundheitssystems und (in internationalen Vergleichen) sogar der Armutsquote oder des Entwicklungsstandes von Ländern interpretiert;⁴⁹ gleichzeitig lassen sich Risikofaktoren auf der Ebene der Mutter und des

⁴⁸ (zur Nieden, 2020, S. 62)

⁴⁹ (Gaber, 2011, S. 23; Pridemore, 2011; zur Nieden, 2020, S. 62)

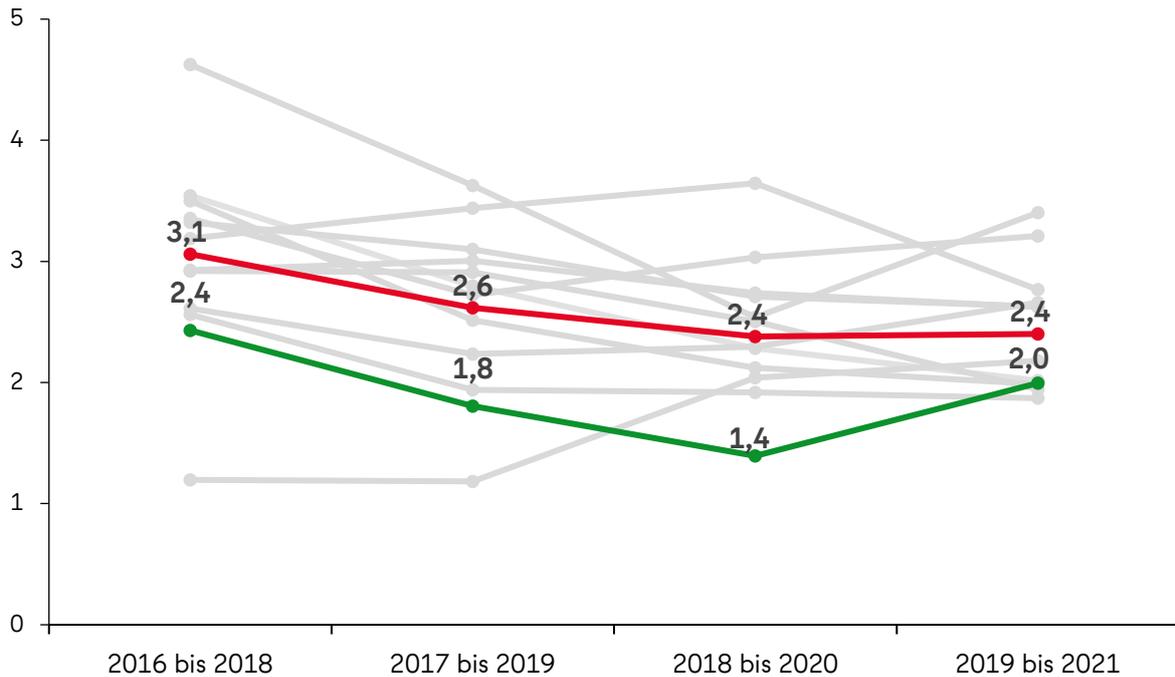


Abbildung 10: Säuglingssterblichkeit (Tode von unter-1-jährigen) pro 1.000 Lebendgeburten. Rot: Berlin, grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Daten: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenWGPG - I A -

Säuglings benennen⁵⁰. In Deutschland ist die Säuglingssterblichkeit zwischen 1990 und 2018 von ca. 7 auf ca. 3 Tode pro 1.000 Lebendgeborene zurückgegangen. Für den Rückgang sind vor allem, aber keineswegs nur, Reduktionen in den neuen Ländern verantwortlich. Eine besondere Rolle bei dem Rückgang seit der Wiedervereinigung hat gespielt, dass es heutzutage deutlich weniger plötzliche Kindstode gibt, was möglicherweise auf Aufklärungskampagnen zum Thema zurückzuführen ist.⁵¹

Für die Jahre 2014-2021 liegen keine Daten zur Säuglingssterblichkeit aus der Bevölkerungsstatistik vor. Jedoch liegen aus der Gesundheitsberichterstattung der Länder Daten zur Säuglingssterblichkeit für Berlin insgesamt und die Bezirke vor.⁵² Diese wurden durch den Senat auf der Basis von Einwohnerregisterdaten für Berlin und die Bezirke geschätzt. Es ist davon auszugehen, dass die Qualität dieser Schätzungen geringer ist als die von Daten auf Basis der Bevölkerungsstatistik. Auswertungen unterhalb der Bezirksebene sind aufgrund der sehr geringen Fallzahlen nicht sinnvoll. Im Einklang mit den Maßgaben für die Gesundheitsberichterstattung der Länder erfolgen die Berechnungen pro 1.000 Lebendgeborene und es werden für jeden

⁵⁰ (Gaber, 2011, S. 23-24; zur Nieden, 2020)

⁵¹ (zur Nieden, 2020, S. 67-69)

⁵² (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2020/2023)

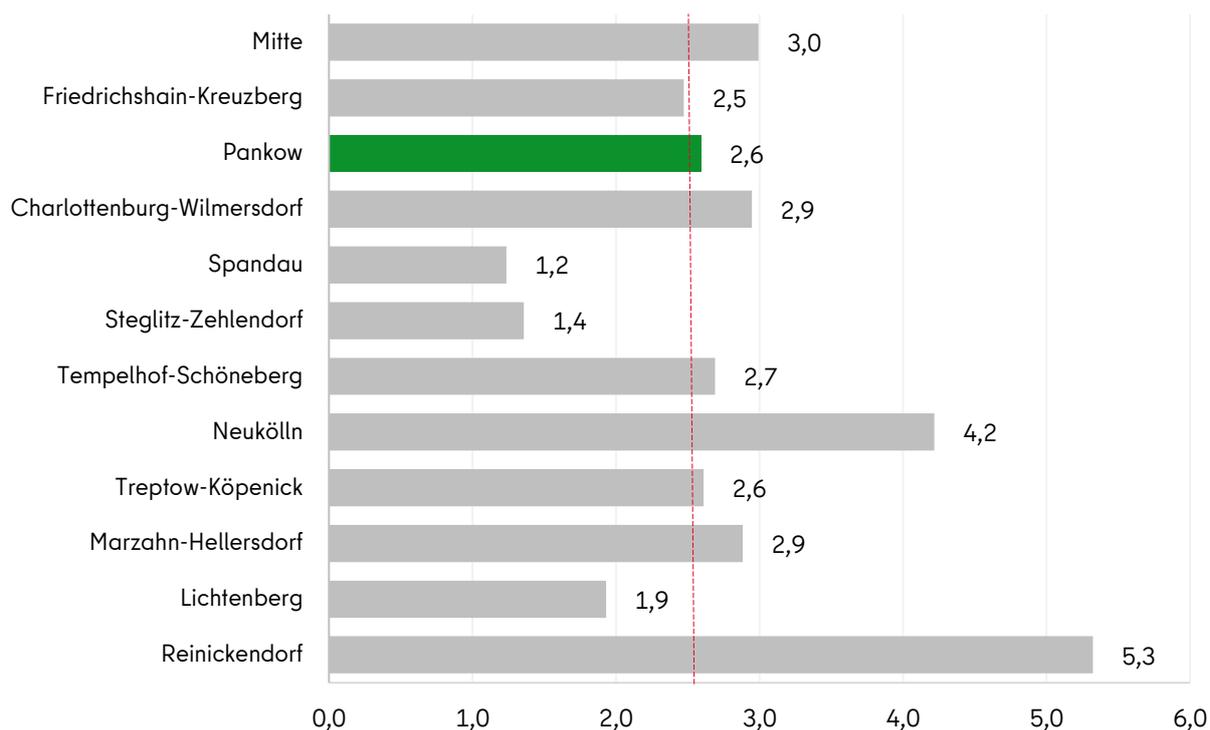


Abbildung 11: Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeburten des Berichtsjahres, nach Bezirk, 2022. Die gestrichelte rote Linie stellt den Mittelwert für Berlin gesamt dar. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen.

Datenpunkt die Resultate dreier Jahre zusammengefasst.⁵³ Eine Altersstandardisierung ist aus naheliegenden Gründen nicht sinnvoll.

Abbildung 10 zeigt die Säuglingssterblichkeit für Berlin, Pankow und die anderen Bezirke im Zeitverlauf. Es werden sich überlappende Dreijahreszeiträume dargestellt. Dennoch schwanken die in der Graphik dargestellten Raten recht stark, was nicht überrascht, da ihnen ein- bis zweistellige Fallzahlen zugrunde liegen, so dass die Ergebnisse von Zufallsschwankungen beeinflusst sein dürften. Durchgängig gehören die Pankower Werte zu den günstigsten in Berlin.

Für das Jahr 2022 liegen wieder Ergebnisse auf Basis der Bevölkerungsstatistik vor. Diese haben den Vorteil, dass sie aktueller sind und aufgrund der Datenquelle genauer sein dürften.

Andererseits sind Daten auf Basis nur eines Jahres noch deutlicheren Zufallsschwankungen unterworfen als solche, die über drei Jahre gemittelt sind. Zu beachten ist außerdem, dass sie nicht direkt mit den Ergebnissen auf Basis der Einwohnerregisterstatistik vergleichbar sind, so dass Unterschiede zwischen den Werten für 2019-2021 (Einwohnerregisterstatistik) und 2022 (Bevölkerungsstatistik) nicht als Entwicklung zwischen diesen Zeiträumen interpretiert werden sollten.

⁵³ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 196)

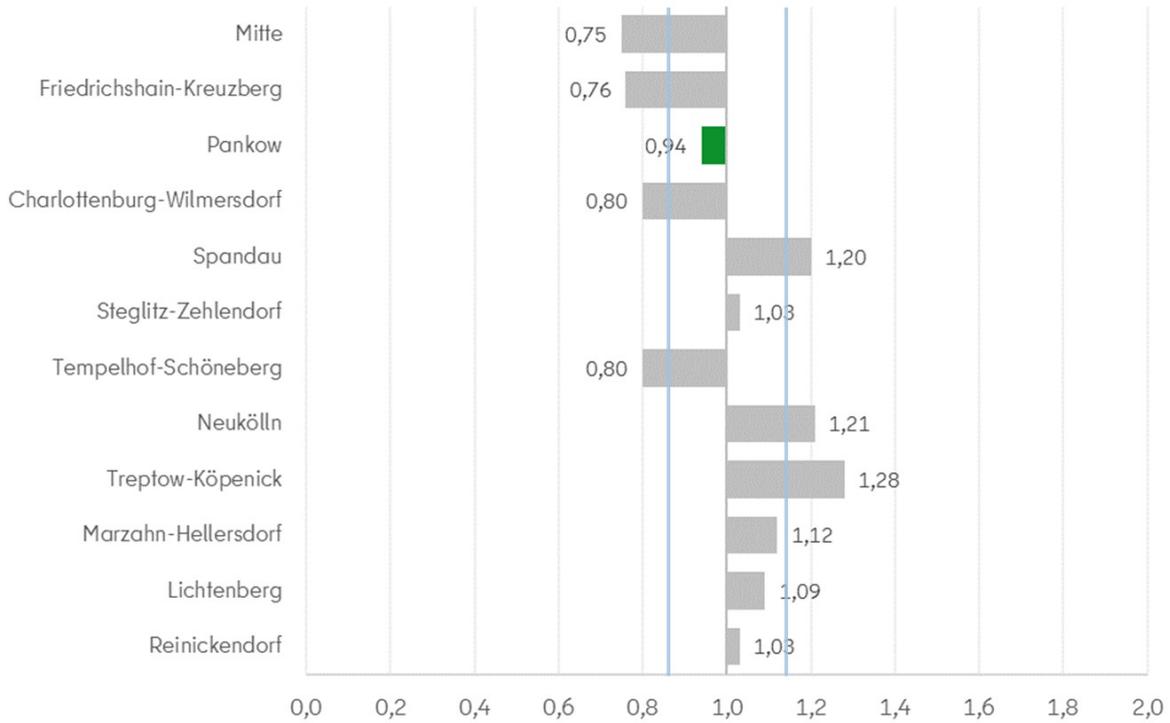


Abbildung 12: Statusadjustierte Verhältniszahl der Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeburten, nach Bezirken, 2019-2021. Die Adjustierung erfolgte mit dem PESIx, Mitte 2020 (s. Anhang 2). Werte innerhalb der blauen Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Säuglingssterblichkeit: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenWGP - IA -; PESIx: s. Anhang 2; eigene Berechnungen.

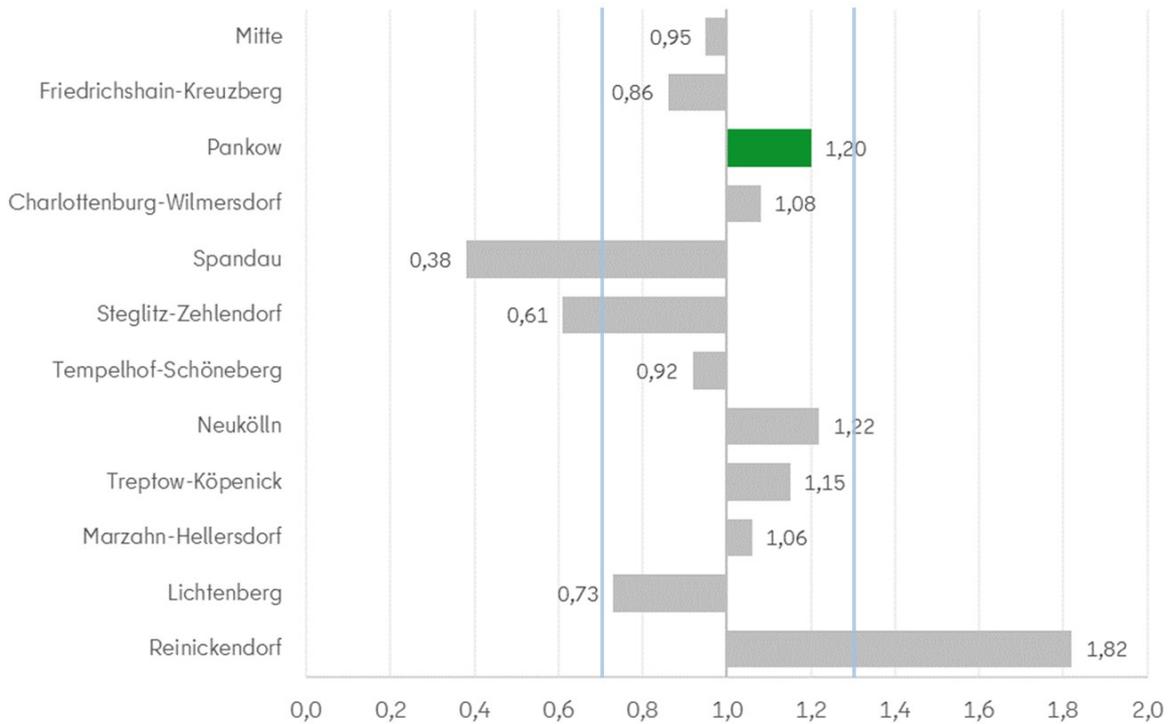


Abbildung 13: Statusadjustierte Verhältniszahl der Säuglingssterblichkeit pro 1.000 Lebendgeburten, nach Bezirken, 2022. Die Adjustierung erfolgte mit dem PESIx, Mitte 2022 (s. Anhang 2). Werte innerhalb der blauen Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: AfS Berlin-Brandenburg; PESIx: s. Anhang 2; eigene Berechnungen.

Die Raten pro 1.000 Lebendgeborene für 2022 sind in Abbildung 11 dargestellt. Pankow liegt unwesentlich über dem Wert für ganz Berlin, der durch die gestrichelte rote Linie dargestellt wird. Die deutlichen Unterschiede zwischen den Bezirken könnten teils auf Zufallsschwankungen zurückzuführen sein und sollten nicht überinterpretiert werden.

Trotz der Einschränkungen der Daten soll geprüft werden, welche Ergebnisse Statusadjustierungen nach sich ziehen. Hierfür werden die Daten für 2019-2021 (Einwohnerregisterstatistik) adjustiert mit dem PESIx, Bezugszeitpunkt Mitte 2020, und die Daten für 2022 (Bevölkerungsstatistik) mit dem PESIx, Bezugszeitpunkt Mitte 2022.

Die Säuglingssterblichkeit 2019-2021 (Einwohnerregisterdaten) korreliert mit dem PESIx in Höhe von -0,42. Die Säuglingssterblichkeit 2022 (Bevölkerungsdaten) korreliert mit dem PESIx mit -0,36. Der Zusammenhang hat also in beiden Fällen das erwartbare Vorzeichen – je günstiger die Sozialstruktur, desto geringer die Säuglingssterblichkeit – und ist von mittlerer Stärke.

Abbildung 12 zeigt das Ergebnis der Statusadjustierung für 2019-2021 (Einwohnerregisterdaten), Abbildung 13 das für 2022 (Bevölkerungsstatistik). Es fällt auf, dass die Abweichungen vom Wert 1 im Jahr 2022 deutlich größer sind. Dies liegt vermutlich daran, dass die Ergebnisse teils auf Zufallsschwankungen beruhen, die ihrerseits darauf zurückzuführen sind, dass die Ergebnisse aus nur einem Jahr betrachtet werden. Vermutlich aus dem gleichen Grund ist zu beobachten, dass sich die Ergebnisse für manche Bezirke zwischen den Zeiträumen sehr deutlich unterscheiden (z. B. Spandau, Reinickendorf). Pankow weist für 2019-2021 einen unterdurchschnittlichen, für 2022 einen überdurchschnittlichen Wert auf; beide Verhältniszahlen sind unauffällig.

5.4 Perinatalsterblichkeit

Der Begriff „perinatal“ bezieht sich auf Ereignisse, die zeitlich „um die Geburt herum“ auftreten. Als Perinatalsterblichkeit wird dementsprechend die Sterblichkeit vor, während und in den ersten sieben Tagen nach der Geburt bezeichnet.⁵⁴ Hierbei waren in Deutschland in den letzten Jahren Totgeburten häufiger als Tode Neugeborener in den ersten 7 Lebenstagen.⁵⁵ Wird die Perinatalsterblichkeit als Rate ausgedrückt, so bilden den Nenner, anders als bei der Säuglingssterblichkeit, nicht nur die Lebendgeborenen, sondern die Lebend- und Totgeborenen.⁵⁶ Diese Rate wird häufig als Indikator für die Qualität von Geburtsvorsorge und -hilfe interpretiert.⁵⁷

⁵⁴ (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024). Als Totgeborene gelten in den hier verwendeten Daten nur tote Kinder, die ein Gewicht bis 500 Gramm erreicht hatten; leichtere Föten gelten als Fehlgeburten und gehen nicht in die Statistik ein (Iris Hoßmann-Büttner, persönliche Mitteilung, 17. Mai 2024).

⁵⁵ (Statistisches Bundesamt, 2017, S. 14; Statistisches Bundesamt, 2023a, S. 12613-08)

⁵⁶ (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024)

⁵⁷ (Leitner, Oberaigner, Mark, Brezinka, & Siebert, 2011)

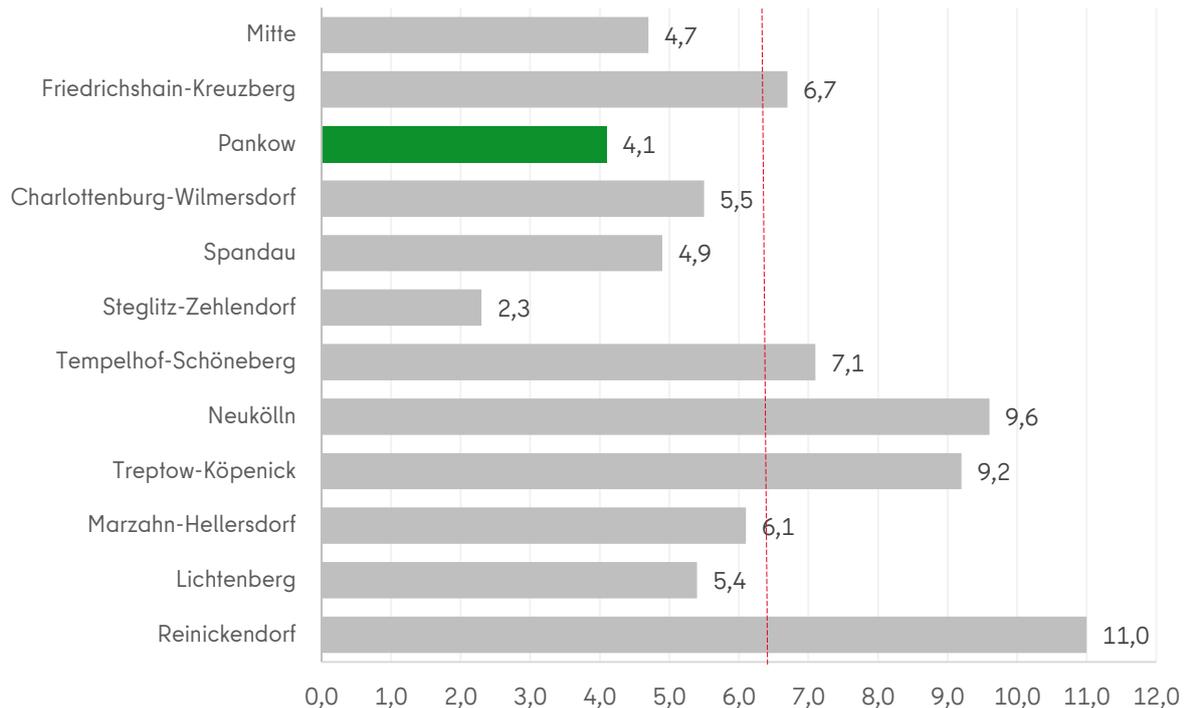


Abbildung 14: Perinatalsterblichkeit pro 1.000 Lebend- oder Totgeborenen, nach Bezirken, 2022. Die gestrichelte rote Linie stellt den Wert für Berlin gesamt dar. Daten: AfS Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen.

Während die Perinatalsterblichkeit in den frühen 1970er Jahren in West- wie Ostdeutschland noch bei über 20 pro 1.000 Lebend- und Totgeborene lag, hat sie sich deutschlandweit seit den 1990er Jahren bei Werten um 6 pro 1.000 stabilisiert.⁵⁸ Bundesweit liegt der Wert bei 6,2.⁵⁹

Die Rate der perinatal Gestorbenen pro 1.000 Lebend- und Totgeborenen ist in Abbildung 14 dargestellt. Der Pankower Wert liegt deutlich unter dem Berliner Mittel.

Die Rate korreliert mit dem PESIx in Höhe von -0,38. Es besteht also ein moderater Zusammenhang derart, dass die Perinatalsterblichkeit in sozial schlechter gestellten Bezirken höher ist.

Auch die statusadjustierten Werte zeigen deutliche Abweichungen vom Mittel (Abbildung 15), was vermutlich, wie bei der Säuglingssterblichkeit, darauf zurückzuführen ist, dass die Werte einzelner Jahre deutlichen Zufallsschwankungen unterliegen. Pankows Wert liegt unter 1, jedoch im unauffälligen Bereich.

⁵⁸ (Statistisches Bundesamt, 2023a, S. 12613-08; Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, 2024)

⁵⁹ (Statistisches Bundesamt, 2023a, S. 12613-08)

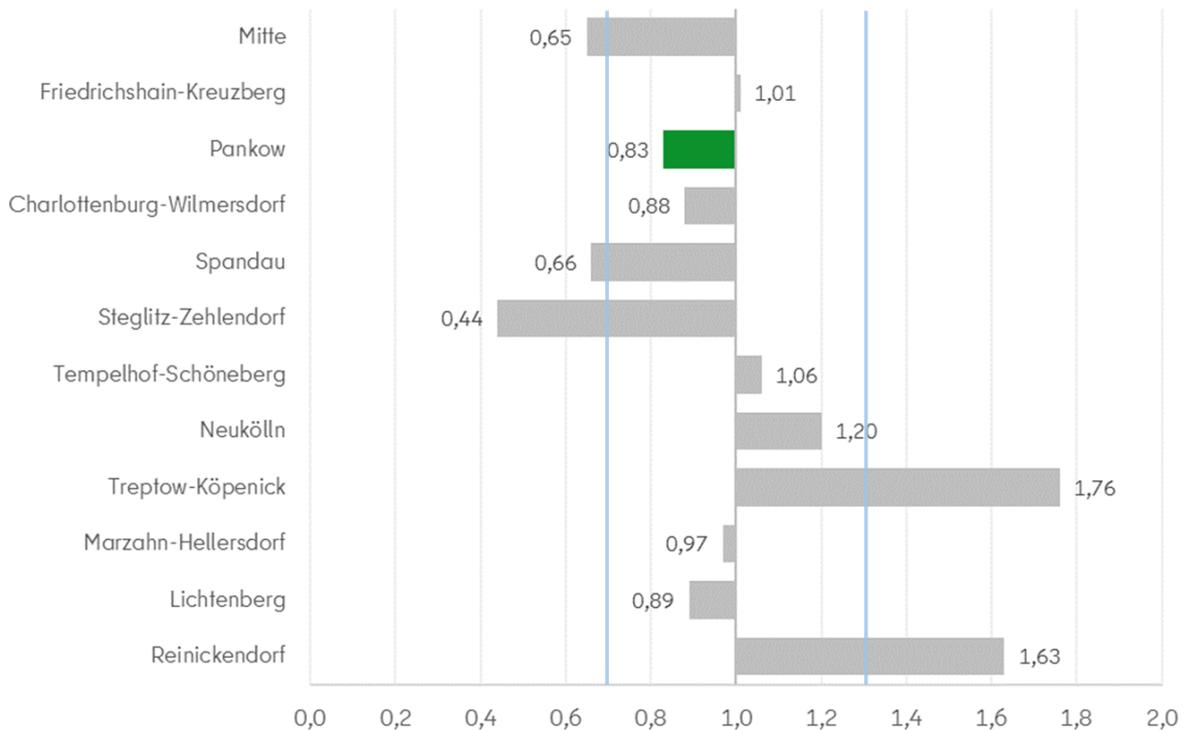


Abbildung 15: Statusadjustierte Verhältniszahlen der Perinatalsterblichkeit pro 100.000 Lebend- oder Totgeborenen, nach Bezirken, 2022. . Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: AfS Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen.

5.5 Zusammenfassung

Das Sterbe geschehen stellt sich in Pankow insgesamt günstiger dar als in den meisten Bezirken. Die verschiedenen Maße des Sterbe geschehens zeigen deutliche Zusammenhänge mit dem PESIx in erwartbarer Richtung: In Bezirken mit höherem sozioökonomischen Status ist die Lebenserwartung höher, die Sterblichkeit sehr junger Kinder ist geringer. Bereinigt man die Daten um diesen Zusammenhang, indem man statusadjustierte Verhältniszahlen berechnet, so zeigt sich, dass die Ergebnisse für Pankow unauffällig – weder besonders günstig noch besonders ungünstig – sind.

6 Körperliche akute Erkrankungen und Behandlungsfälle

6.1 Einleitung

Daten zu vorwiegend akuten körperlichen Erkrankungen liegen aus zwei Quellen vor: Erstens Analysen zu Krankschreibungen, mit denen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sowie ALG-I-Empfängerinnen und -empfängern die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird. Zweitens Daten zu Behandlungsfällen in Krankenhäusern. Beide Datensätze unterscheiden die Angaben nach Krankheitsarten (ICD-Kapiteln⁶⁰), enthalten Angaben auf Ebene der Bezirke (aber nicht darunter) und enden mit dem Berichtsjahr 2021.

Nach einer Kurzbeschreibung der Daten werden zunächst Analysen zu körperlichen Erkrankungen insgesamt dargestellt. Darauf folgen Ergebnisse zu den sechs Krankheitsarten, die die meisten Arbeitsunfähigkeiten auslösen. Nur für körperliche Erkrankungen insgesamt sowie für diese sechs Krankheitsarten liegen Daten vor, die die notwendige Altersstandardisierung der Arbeitsunfähigkeits-Daten ermöglichen. Für diese werden Ergebnisse zu Krankenhaus-Behandlungsfällen, Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU-Fällen) und Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) ausgewiesen.

Durch die Analysen zu den häufigsten Krankheitsarten sind bereits einige Krankheitsarten und Krankheiten abgedeckt, die für die Gesundheitsziele des Bundes relevant sind.⁶¹ So sind zum Beispiel die Analysen zu Brust- und Lungenkrebs, die sich im Abschnitt 6.3.3, „Neubildungen“,

⁶⁰ „ICD“ steht für „International Classification of Diseases“, also internationale Klassifikation von Krankheiten. Sie wird von Leistungserbringern des Gesundheitswesens zur Kodierung von Krankheiten genutzt. Sie ist unterteilt in 22 sog. Kapitel, die mit römischen Zahlen bezeichnet werden. Die Kapitel werden im vorliegenden Bericht auch als „Krankheitsarten“ bezeichnet. Sie enthalten Gruppen, die wiederum einzelne „Kategorien“ enthalten, welche mit dreistelligen Buchstaben-Zahlen-Kombinationen bezeichnet werden und teils noch weiter ausdifferenziert werden können (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

⁶¹ Die Gesundheitsziele wurden zwischen 2000 und 2010 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt. Sie sind ein Steuerungsinstrument „das zur Zielorientierung und damit zur Qualität der Versorgung beiträgt und hilft bestehende Mittel optimal einzusetzen. Auch das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung soll mit den Gesundheitszielen gestärkt werden“ (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, kein Datum). Sie lauten: 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln; 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen; 3. Tabakkonsum reduzieren; 4. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung; 5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken; 6. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln; 7. Gesund älter werden; 8. Alkoholkonsum reduzieren; 9. Gesundheit rund um die Geburt; 10. Patientensicherheit (Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

finden, relevant für die Gesundheitsziele „Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen“ und „Tabakkonsum reduzieren“. Körperliche Erkrankungsarten und Krankheiten, die durch die Ergebnisse zu den häufigsten Krankheitsarten noch nicht abgedeckt sind, aber einen Bezug zu einem der Gesundheitsziele haben, werden im Anschluss dargestellt: „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (Abschnitt 6.3.8) sowie „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (Abschnitt 6.3.9) mit Bezug auf das Gesundheitsziel „Gesundheit rund um die Geburt“, „Alkoholattributable Diagnosen“ (Abschnitt 6.3.10) mit Bezug auf das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“ und „Diabetes mellitus“ (Abschnitt 6.3.11) mit Bezug auf das Gesundheitsziel „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“.

6.2 Daten und Analysen

Daten zu vorwiegend schwereren Erkrankungen bietet die Krankenhausstatistik der statistischen Ämter. In ihrer hier genutzten Form weisen sie Ergebnisse nach Bezirken aus, wobei die Zuordnung zum Bezirk über den Wohnort der Patientin oder des Patienten erfolgt. Die Statistik stellt die Fälle dar, die im Laufe eines Jahres aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden. Daten zur Länge der Aufenthalte sind nicht enthalten. Dargestellt werden Entlassungen nach Hauptdiagnosen, also denjenigen Diagnosen, die laut Befund bei Entlassung der Hauptgrund für den Aufenthalt der Patientin oder des Patienten waren.

Ausgewählte Ergebnisse auf Basis dieser Daten wurden von der Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellt. Sie enthalten auch Auswertungen unterteilt nach Geschlecht sowie den beiden Altersgruppen unter 65 und ab 65 Jahren. Auf Basis der Ergebnisse wurden für den vorliegenden Bericht auch weitere Berechnungen durchgeführt. Details zu diesen Daten sind Anhang 8 zu entnehmen.

Den Ergebnissen für AU-Fälle und -Tage liegen Analysen von Daten von Berliner Versicherten mehrerer gesetzlicher Krankenkassen durch das IGES-Institut zugrunde.⁶² Ergebnisse der Analysen des IGES-Instituts wurden in einem Bericht vorgelegt; die dort veröffentlichten Ergebnisse wurden für den vorliegenden Gesundheitsbericht genutzt. Sie beziehen sich auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-I-Empfänger. Die in dem Bericht des IGES-Instituts berücksichtigten Berliner Versicherten entsprechen etwa drei Vierteln der Berliner Versichertenjahre (Anhang 6). In diesen Daten enthalten sind solche Fehlzeiten, für die die Versicherten eine Krankschreibung an ihre Versicherung weitergeleitet haben. Es steht zu vermuten, dass hierdurch insbesondere Abwesenheiten von der Arbeit von weniger als 3 Tagen untererfasst werden.

⁶² (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022)

Die Daten sind für Berlin in den Jahren 2019-2021 erhältlich, einige Angaben auch auf Ebene der Berliner Bezirke, jedoch nicht unterhalb dieser Ebene.⁶³ Alle numerischen Angaben zu diesem Thema werden „pro 100 Versichertenjahre“ gemacht. Für die Versichertenjahre werden die Zeiten zugrunde gelegt, in denen die versicherte Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt war oder ALG I empfangen hat. Die Zuordnung zu Bezirken erfolgt nach dem Wohnort der Versicherten.

In diesem Kapitel werden Raten von Arbeitsunfähigkeits-Fällen (AU-Fällen) und Arbeitsunfähigkeits-Tagen (AU-Tagen) nach Krankheitsarten (ICD-Kapiteln) dargestellt. Für altersstandardisierte und statusadjustierte Ergebnisse wird auf die AU-Tage zurückgegriffen, da dieses Maß, im Gegensatz zu den AU-Fällen, auch die Schwere der Erkrankung abbildet. Die in diese Analyse eingehenden Altersstandardisierung ist Einschränkungen unterworfen, die in Anhang 6 beschrieben werden.

Das Kapitel ist geordnet nach Erkrankungsarten (ICD-Kapiteln). Hierbei werden Daten für Krankenhaus-Behandlungsfälle und Arbeitsunfähigkeit jeweils im gleichen Abschnitt dargestellt. Hauptergebnisse sind die Analysen der (wo sinnvoll) altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen (Ergebnisse für altersstandardisierte, aber nicht statusadjustierte Verhältniszahlen sind in Anhang 9 dargestellt). Die Logik dieses Verfahrens wird in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 4.8 dargestellt. Abschnitt 4.5 erläutert auch, unter welchen Bedingungen eine Verhältniszahl als auffällig hoch oder niedrig bewertet wird. Die Statusadjustierung erfolgt mit dem Pankower Erwerbs- und Sozialstrukturindex (PESIx), einem Maß des sozioökonomischen Status des Bezirkes. Dieser nimmt niedrige Werte an, wenn viele Menschen in einem Bezirk arm sind. Der PESIx wird allgemein in Abschnitt 3.2 dargestellt, Details sind in Anhang 2 beschrieben.

Ergibt diese Analyse, dass der Wert für Pankow auffällig ungünstig ist, so wird eine vertiefende Analyse vorgenommen. In jedem dieser Fälle werden die Verhältniszahlen für Krankenhaus-Behandlungsfälle getrennt nach Alter und Geschlecht dargestellt. Darüber hinaus werden in diesen Fällen auch detailliertere Analysen nach Erkrankungen oder Erkrankungsgruppen vorgenommen, falls die genutzte Datenquelle die hierfür notwendigen Angaben enthält. Dies ist jedoch nur für eine Minderzahl der Erkrankungen und Erkrankungsgruppen der Fall. Für Arbeitsunfähigkeits-Fälle oder -Tage sind aufgrund der Datenlage keine vertiefenden Analysen möglich.

⁶³ Darüber hinaus liegt ein Bericht vor, der frühere Jahre abdeckt (Dehl, Hildebrandt, Kleinlercher, & Sörensen, 2019). Jedoch basiert dieser Bericht auf den Daten einer anderen Kombination von Krankenversicherungen. Deshalb erscheinen die Daten nicht im Zeitverlauf vergleichbar und werden für den vorliegenden Gesundheitsbericht nicht verwendet.

6.3 Ergebnisse

6.3.1 Körperliche Erkrankungen insgesamt

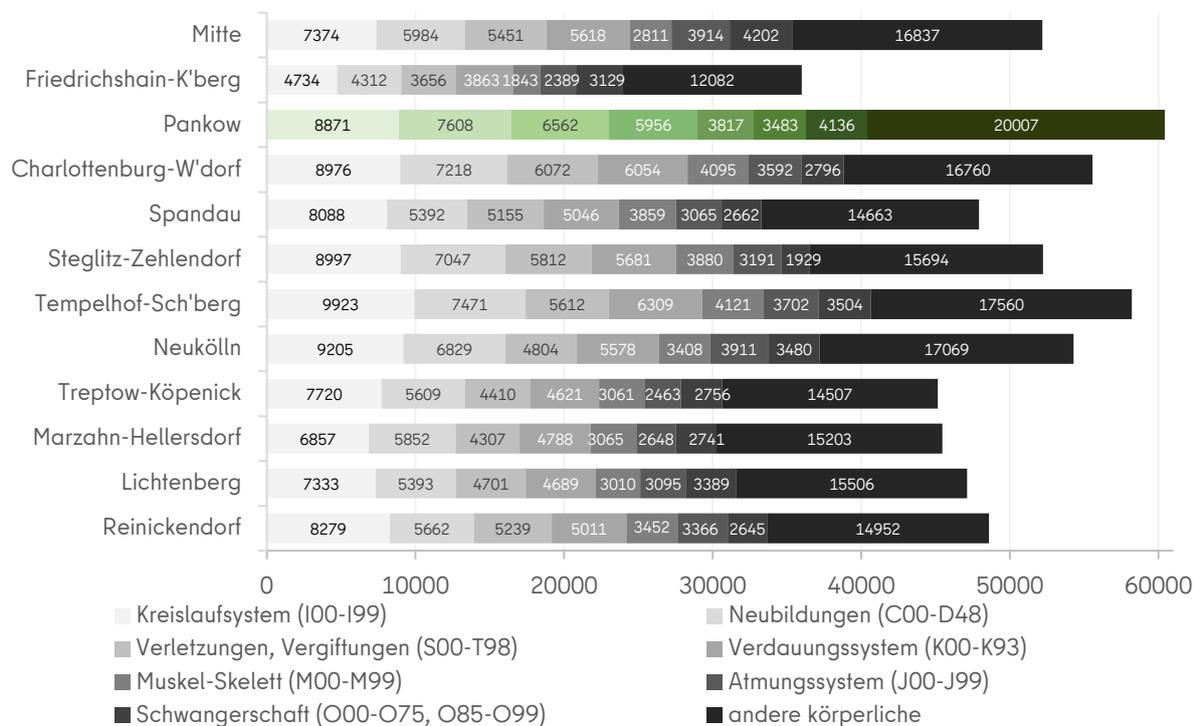


Abbildung 16: Anzahl der Krankenhausfälle aus körperlichen Gründen, nach Bezirken, 2021. Grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle außer solchen mit Diagnosen, die dem ICD-Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“) oder den Codes O80-82 (Entbindungen) zugeordnet sind. Daten: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen.

94,7% der Todesfälle in Berlin wurden 2021 auf körperliche Erkrankungen zurückgeführt. 92,5% der Krankenhaus-Behandlungsfälle, die im Jahr 2021 durch Pankower Bürgerinnen und Bürger verursacht wurden, erfolgten hauptsächlich aufgrund einer körperlichen Erkrankung. Die restlichen Todesfälle und Erkrankungen wurden den psychischen und Verhaltensstörungen zugerechnet (die in Kapitel 9 behandelt werden).

Abbildung 16 zeigt, dass die Anzahl der Krankenhaus-Behandlungsfälle mit etwas über 60.000 in Pankow am höchsten war. Die Abbildung zeigt außerdem die Verteilung der Fälle auf die häufigsten Krankheitsarten (sowie eine große Restkategorie), von links nach rechts absteigend geordnet nach Häufigkeit: Am häufigsten waren Erkrankungen des Kreislaufsystems, gefolgt von Neubildungen.

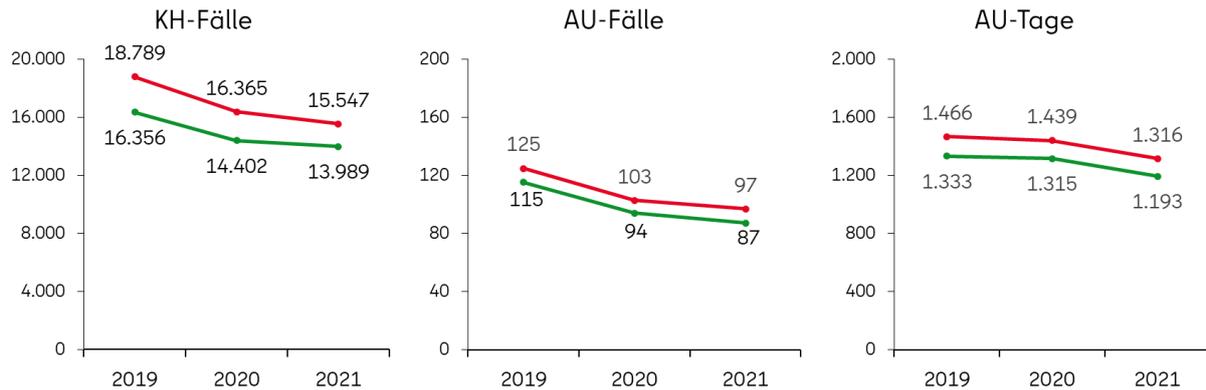


Abbildung 17: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aus körperlichen Gründen, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle bzw. Krankschreibungen außer solchen mit Diagnosen, die dem ICD-Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“) zugeordnet sind (zu Details bzgl. der Arbeitsunfähigkeitsdaten s. Anhang 2). Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

Abbildung 17 stellt dagegen Krankenhaus- und Arbeitsunfähigkeitsdaten für alle körperlichen Erkrankungen im Zeitverlauf dar. Für die Jahre 2012 bis 2018 (die in Abbildung 17 nicht dargestellt sind), zeigt sich ein fast konstantes Bild der Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner: Für Berlin insgesamt liegt die Rate recht stabil zwischen 18.400 und 19.100 Fällen, für Pankow zwischen 16.000 und 16.900.

In Deutschland wurde 2020 befürchtet, dass es aufgrund der Corona-Pandemie zu einer Überlastung der Krankenhäuser kommen könnte. Dies ließ sich, trotz punktueller Überlastungen, insgesamt nicht beobachten. Vielmehr kam es zu einem Rückgang der Fallzahlen und einem proportionalen Rückgang der Behandlungstage. Die Behandlungsfälle aufgrund körperlicher Krankheiten gingen bundesweit zwischen 2019 und 2020 um 13%, zwischen 2020 und 2021 noch einmal um 5% zurück.⁶⁴ Wie der linke Teil von Abbildung 17 zeigt, lagen Berlin (rote Linie) und Pankow (grüne Linie) hier im bundesweiten Trend: In Berlin sank die Rate um 13, dann noch einmal um 5%, in Pankow um 12, dann noch einmal um 3%. In Pankow war der Rückgang also nicht ganz so deutlich wie in Berlin insgesamt.

⁶⁴ (Augurzyk, et al., 2022, S. 38-40). Für diese Analyse wurde die Entwicklung zwischen 2020 und 2021 auf Basis der jeweils ersten fünf Monate geschätzt; die Veränderung zwischen 2019 und 2020 beruht auf Daten für die ganzen Jahre. Die Angaben zu körperlichen Krankheiten beruhen auf den Ergebnissen, die in der Quelle für „DRG-Krankenhäuser“ gemacht werden. Leistungen, die nach dem Entgeltsystem Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik abgerechnet wurden, sind ausgeschlossen, auch wenn sie in Allgemeinkrankenhäusern erbracht wurden (Reinhard Busse, persönliche Mitteilung, 6. Mai 2024).

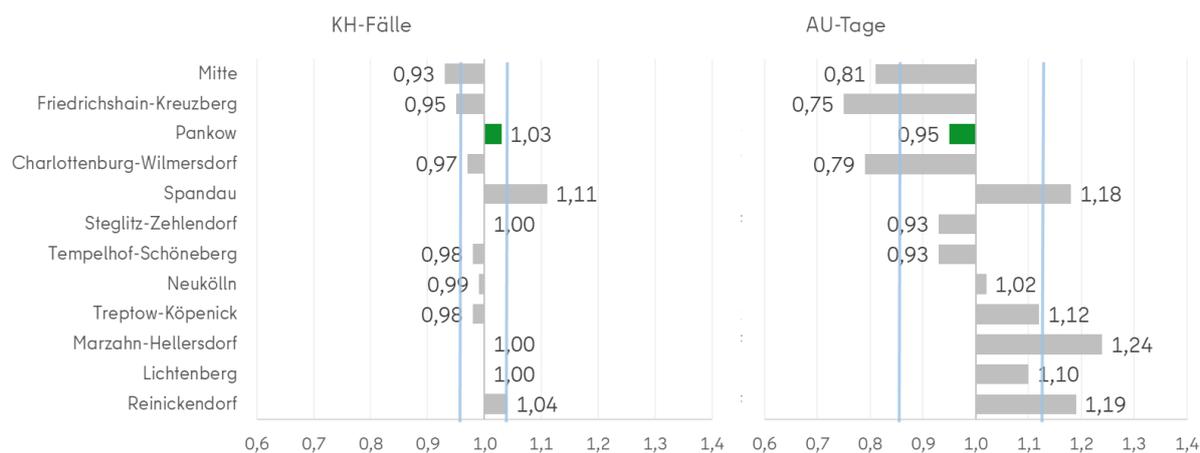


Abbildung 18: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund körperlicher Erkrankungen, nach Bezirken, 2021. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle bzw. Krankschreibungen außer solchen mit Diagnosen, die dem ICD-Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“) zugeordnet sind (zu Details bzgl. der Arbeitsunfähigkeitsdaten s. Anhang 2). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Für AU-Fälle und Tage liegen die Daten nur für die Jahre 2019 bis 2021 vor. Abbildung 17 zeigt die Entwicklung bei den Arbeitsunfähigkeitstagen aus körperlichen Gründen zwischen 2019 und 2021. Pankow (grüne Linie) liegt deutlich unter dem Berliner Niveau (rote Linie). Mit einem Rückgang von 10% zwischen 2019 und 2021 liegt Pankow genau im Berliner Trend. Der Rückgang in Deutschland insgesamt scheint im Bereich 6 bis 9% zu liegen, soweit es sich anhand verfügbarer Daten sagen lässt.⁶⁵

⁶⁵ Verschiedene Krankenversicherungen veröffentlichen Daten zum Krankenstand ihrer Mitglieder; in der Regel beziehen sich diese Ergebnisse auf ganz Deutschland. Aus Angaben zu allen AU-Tagen und zu den AU-Tagen aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen lassen sich die Raten der AU-Tage aufgrund von körperlichen Erkrankungen näherungsweise errechnen. Bei den Versicherten der DAK sank diese, alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der Fehltag je 100 Versicherte zwischen 2019 und 2021 um 7% (Schumann, Marschall, Hildebrandt, & Nolting, 2022, S. 9-10, Abb. 7-8; DAK Gesundheit & IGES, 2023a, S. 3, 25, eigene Berechnungen). Zahlen der Techniker Krankenkasse zeigen eine Verringerung der altersstandardisierten AU-Tage je 100 Versichertenjahre von 9% sowohl für Männer als auch für Frauen (Techniker Krankenkasse, 2020, S. 10, 23; Techniker Krankenkasse, 2022, S. 10, 24, eigene Berechnungen). Aus den (offenbar nicht standardisierten) Zahlen der Barmer ergibt sich eine Reduktion von 7% (Grobe & Braun, 2020, S. 14, 51; Grobe & Braun, 2022, S. 23, 50, eigene Berechnungen). Bei den Versicherten der AOK sank die Rate der (offenbar nicht standardisierten) AU-Tage pro 100 Versicherte von 2019 bis 2021 um 6% (Meyer, Wiegand, & Schenkel, 2020, S. 374, Tab. 23.3, S. 405, Tab. 23.7; Meyer, Wing, & Schenkel, 2022, S. 296, Tab. 19.3).

Für die AU-Tage zeigt sich bei einer Zusammenschau der altersstandardisierten (noch nicht statusadjustierten) Verhältniszahlen mit dem PESIx ein überraschendes Ergebnis: Zwar hat der Zusammenhang die erwartete Richtung – je höher der soziale Status in einem Bezirk, desto geringer die Rate der AU-Tage – jedoch ist dieser Zusammenhang überraschend schwach ($r = -0,17$). Dies ist selbst ein bemerkenswertes Ergebnis; außerdem ist aufgrund dessen zu erwarten, dass die Statusadjustierung keine allzu große Annäherung der Werte an 1 ergibt.

Für die Krankenhausfälle ist der Zusammenhang dagegen stark: Bewohner von Bezirken, die sozial schlechter gestellt sind, werden deutlich häufiger im Krankenhaus behandelt als die Einwohnerinnen und Einwohner bessergestellter Bezirke ($r = -0,67$). Dementsprechend ist zu erwarten, dass die altersstandardisierten und statusadjustierten Werte nur wenig von 1 abweichen.

Diese Vermutungen bestätigt ein Blick auf Abbildung 18, die die Ergebnisse darstellt für die altersstandardisierten Verhältniszahlen, die zusätzlich mit dem PESIx statusadjustiert wurden. Die Pankower Ergebnisse sind bei den Krankenhaus-Fällen etwas ungünstiger, bei den AU-Tagen etwas günstiger als angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. In beiden Fällen liegen sie jedoch im unauffälligen Bereich, was in der Graphik daran zu erkennen ist, dass sie jeweils zwischen den beiden blauen Balken liegen.

6.3.2 Krankheiten des Kreislaufsystems

Zu den Krankheiten des Kreislaufsystems (auch: „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“) zählen u. a. Herzinfarkte, Schlaganfälle und die koronare Herzkrankheit (bei der die Koronararterien, die das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verschlossen sind).⁶⁶ Als Risikofaktoren gelten „Erkrankungen wie Hypertonie [Bluthochdruck], Diabetes mellitus, Fettstoffwechselstörungen und Adipositas sowie gesundheitsbeeinträchtigende Verhaltensweisen wie Rauchen, körperliche Inaktivität und ungesunde Ernährung“.⁶⁷

30,4% der 2021 in Berlin aufgetretenen Todesfälle wurden einer Krankheit aus diesem Diagnosekapitel zugeordnet.⁶⁸ Mit 8.871 Fällen entfielen 2021 14,5% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf dieses Kapitel.

Abbildung 19 zeigt, dass die Pankower Zahlen für KH-Fälle, AU-Fälle und AU-Tage aufgrund dieser Erkrankungen unter denen Berlins liegen, bei den Krankenhaus-Fällen deutlich darunter. Es ist insgesamt ein leichter Abwärtstrend erkennbar.

⁶⁶ (Jacobs, Starck, & Hohendanner, 2022; Robert Koch Institut, 2023c)

⁶⁷ (Robert Koch Institut, 2023c)

⁶⁸ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a, eigene Berechnungen)

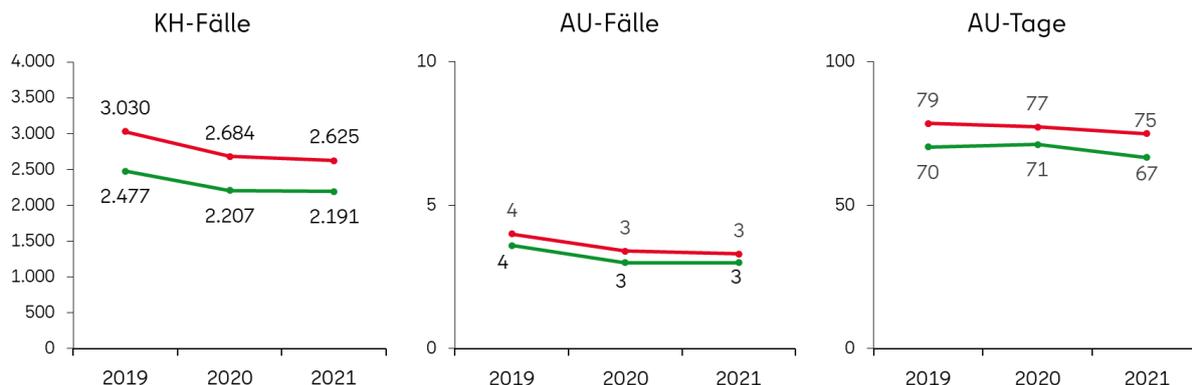


Abbildung 19: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-IX, I00-I99), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

Die altersstandardisierten Raten sind höher in Bezirken, in denen die soziale Lage weniger günstig ist. Dieser Zusammenhang ist bei den AU-Tagen schwach ($r = -0,17$), bei den Krankenhaus-Fällen stark ($r = -0,82$).

Abbildung 20 zeigt die Ergebnisse für die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen. Die Pankower Ergebnisse für AU-Tage sind für AU-Tage unauffällig, für Krankenhaus-Fälle jedoch auffällig hoch. Daher lohnt eine nähere Betrachtung der Krankenhaus-Fälle.

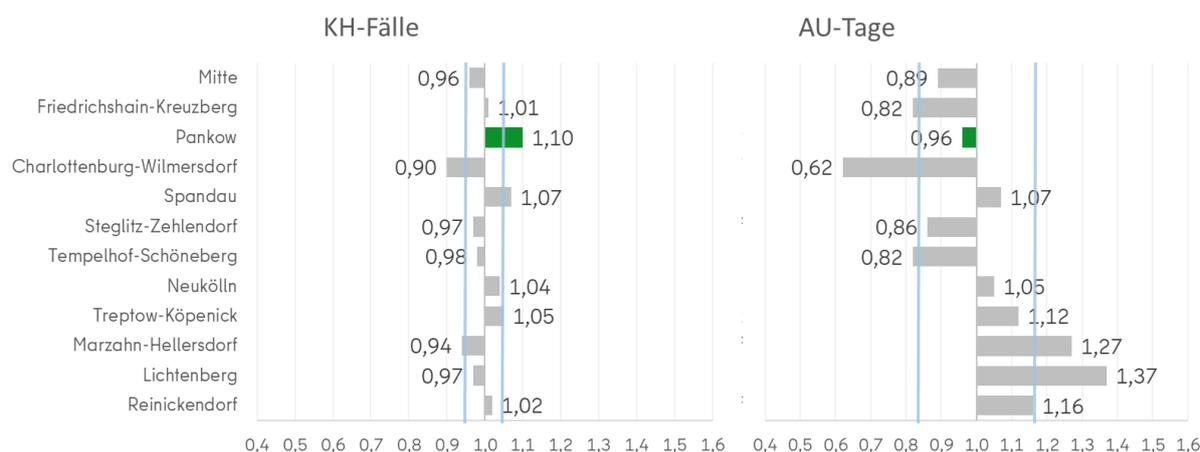


Abbildung 20: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (IX, I00-I99), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 12: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (IX, I00-199), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,07	1,09
weiblich	1,01	1,15

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,07 (unter 65, männlich), 0,09 (unter 65, weiblich), 0,05 (65 und älter, männlich), 0,05 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

23% dieser Fälle entfallen auf Männer unter 65, 8% auf Frauen unter 65, 35% auf Männer über 65 und 34% auf Frauen über 65 Jahren. Die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen nach Alter und Geschlecht sind in Tabelle 12 dargestellt. Nur in einer der Kategorien (Frauen unter 65 Jahren) ist die Verhältniszahl unauffällig, in allen anderen auffällig ungünstig.

Es liegen auch Daten zu einigen einzelnen Krankheitsbildern vor. Sie sind in den folgenden Tabellen dargestellt. Die Ergebnisse für akuten Schlaganfall⁶⁹ (Tabelle 15) sind nicht auffällig. Anderes gilt für die koronaren Herzkrankheiten (Tabelle 13), die Herzinsuffizienz⁷⁰ (Tabelle 14)

Tabelle 13: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von koronaren (ischämischen) Herzkrankheiten (I20-25), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,06	1,16
weiblich	1,05	1,26

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,09 (unter 65, männlich), 0,11 (unter 65, weiblich), 0,10 (65 und älter, männlich), 0,12 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

⁶⁹ Ein Schlaganfall ist eine „plötzlich auftretende schwere Durchblutungsstörung des Gehirns“ (AQUA-Institut, 2015, S. 10) durch Verschluss eines Blutgefäßes oder die Beschädigung der Gefäßwand (Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe, kein Datum).

⁷⁰ Eine Herzinsuffizienz liegt vor, wenn das Herz zu schwach ist, um den Körper mit ausreichend Blut zu versorgen (Schönrath & Messroghli, 2022).

und die Atherosklerose⁷¹ (Tabelle 16). Insgesamt sind die Ergebnisse für die über-65-Jährigen häufiger auffällig ungünstig als die für die jüngeren Pankowerinnen und Pankower.

Tabelle 14: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Herzinsuffizienz (I50), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich		1,16
weiblich	0,91	1,24

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,15 (unter 65, männlich), 0,16 (unter 65, weiblich), 0,07 (65 und älter, männlich), 0,09 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 15: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von akutem Schlaganfall (I60-64), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	0,98	1,05
weiblich	0,88	1,02

Farbcodierung: Gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,14 (unter 65, männlich), 0,13 (unter 65, weiblich), 0,08 (65 und älter, männlich), 0,17 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 16: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Atherosklerose (I70), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,18	1,21
weiblich	1,24	1,15

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: Atherosklerose: 0,19 (unter 65, männlich), 0,16 (unter 65, weiblich), 0,10 (65 und älter, männlich), 0,09 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

⁷¹ Eine Atherosklerose (auch: Arteriosklerose) liegt dann vor, wenn eine Arterie aufgrund von Ablagerungen verengt ist und dadurch weniger Blut transportieren kann (Shirakura & Vestweber, 2022).

6.3.3 Neubildungen

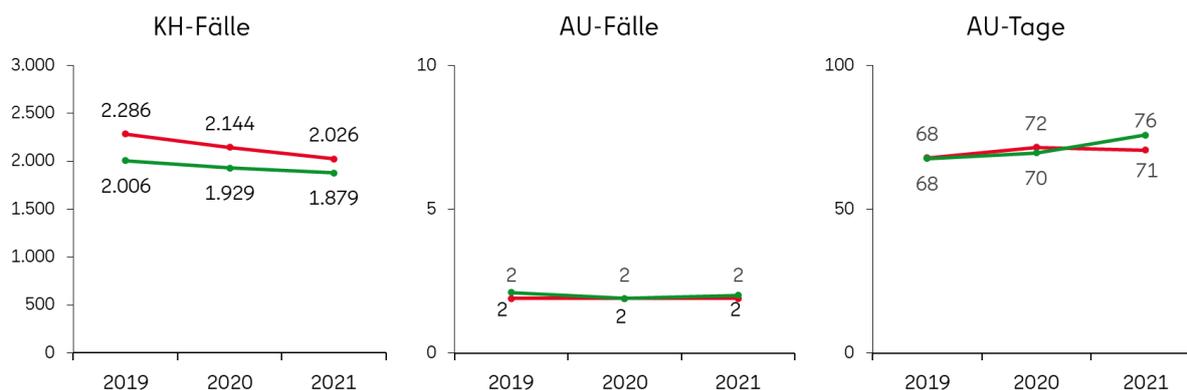


Abbildung 21: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Neubildungen (ICD-II, C00-D48), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

Bei den Neubildungen ist vor allem die Kategorie bösartigen Neubildungen von Interesse, die alle Krebsarten beinhaltet. Die Risikofaktoren für Krebs variieren je nach Erscheinungsform, insgesamt gelten jedoch Tabak- und Alkoholkonsum, Übergewicht, ungesunde Ernährung und Bewegungsmangel als bedeutende verhaltensbezogene Risikofaktoren.⁷²

Neubildungen waren 2021 für 24,5% der Berliner Todesfälle verantwortlich.⁷³ Mit 7.608 Fällen entfielen 2021 12,4% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf diese Erkrankungen.

Wie Abbildung 21 zeigt, waren die Raten der Krankenhaus-Fälle aufgrund von Neubildungen im Betrachtungszeitraum rückläufig. In Pankow war dieser Rückgang weniger deutlich als in Berlin insgesamt. Die Raten der AU-Fälle sind stabil, bei den AU-Tagen ist für Pankow sogar ein Anstieg zu verzeichnen.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen dem PESIx und den altersstandardisierten Verhältniszahlen für Neubildungen, so zeigen sich unterschiedliche Ergebnisse: Wie zu erwarten, sind Krankenhausfälle häufiger zu beobachten in Bezirken, die sozial schlechter gestellt sind; der Zusammenhang ist von mittlerer Stärke ($r = -0,49$). Dagegen zeigt sich bei den AU-Tagen ein Zusammenhang ähnlicher Stärke, jedoch in umgekehrter Richtung: Mehr (altersstandardisierte) AU-Tage gibt es dort, wo die soziale Lage günstiger ist. Möglicherweise ist dies darauf zurückzuführen, dass Einwohnerinnen und Einwohner bessergestellter Bezirke häufiger Verdachtsfälle untersuchen lassen und an Vorsorgeuntersuchungen teilnehmen.

⁷² (Deutsches Krebsforschungszentrum, kein Datum)

⁷³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a), eigene Berechnungen

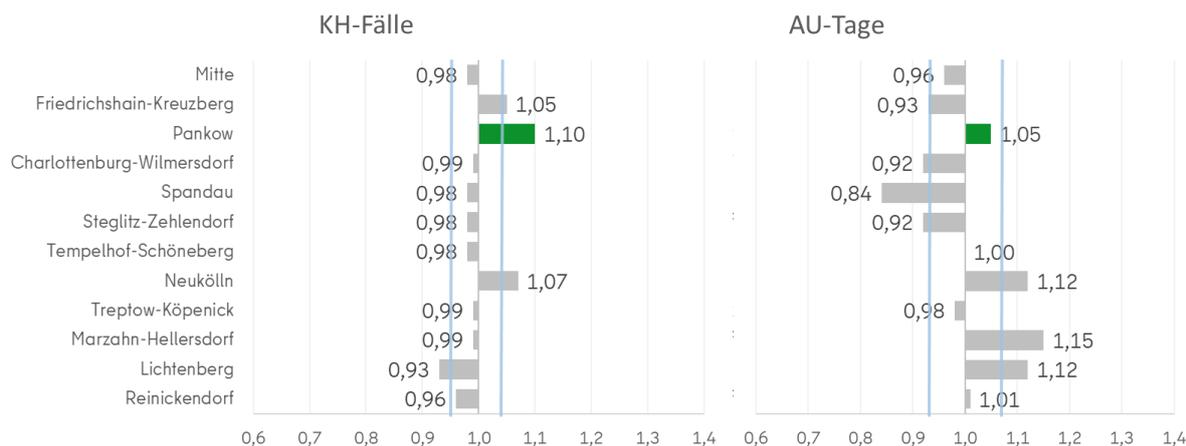


Abbildung 22: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Neubildungen (II, C00-D48), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

In beiden Fällen liegen die altersstandardisierten und statusadjustierten Werte für Pankow über 1, wie Abbildung 22 zeigt. Für die AU-Tage liegt der Wert noch im unauffälligen Bereich, für die Krankenhaus-Fälle jedoch deutlich darüber.

Daher lohnt eine nähere Betrachtung. Im Folgenden analysiert werden aber nicht die Ergebnisse für alle Neubildungen (C00-D48), sondern nur für die bösartigen Neubildungen (C00-C97).

Die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für bösartige Neubildungen liegt in Pankow 2021 noch etwas höher als die für alle Neubildungen: Sie beträgt 1,12 und liegt damit deutlich im auffällig ungünstigen Bereich (0,8 Standardabweichungen: 0,04).

Tabelle 17: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausesfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von bösartigen Neubildungen (C00-97), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,19	1,09
weiblich	1,06	1,11

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,10 (unter 65, männlich), 0,03 (unter 65, weiblich), 0,06 (65 und älter, männlich), 0,08 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

2021 verteilten sich die Fälle in Pankow recht gleichmäßig auf die Geschlechter und Altersgruppen: 26% entfielen auf Männer unter 65, 21% auf Frauen unter 65, 28% auf Männer über 65 und 25% auf Frauen über 65 Jahren. Tabelle 17 zeigt, dass in allen Gruppen die Werte auffällig erhöht sind.

Die folgenden Tabellen zeigen die Pankower Ergebnisse für einzelne Krebsarten, deren Raten im zugrundeliegenden Datensatz einzeln ausgewiesen werden. In Pankow sind Frauen auffällig häufig von Darmkrebs betroffen, ebenso wie Männer unter 65 Jahren (Tabelle 18). Männer, nicht jedoch Frauen, werden auffällig häufig wegen Lungenkrebs im Krankenhaus behandelt (Tabelle 19). Beim Brustkrebs zeigen sich keine Auffälligkeiten (Tabelle 20).

Tabelle 18: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Darmkrebs (C18-20), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,34	0,97
weiblich	1,56	1,21

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,17 (unter 65, männlich), 0,27 (unter 65, weiblich), 0,20 (65 und älter, männlich), 0,15 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 19: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Lungenkrebs (C33-34), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,33	1,27
weiblich	0,90	1,15

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,18 (unter 65, männlich), 0,17 (unter 65, weiblich), 0,12 (65 und älter, männlich), 0,19 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 20: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Brustkrebs (C50), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	n/a	n/a
weiblich	1,05	1,01

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,11 (unter 65, weiblich), 0,15, (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

6.3.4 Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen

2021 waren 4,8% der Berliner Todesfälle auf Ursachen aus diesem Kapitel zurückzuführen.⁷⁴ Mit 6652 Fällen entfielen 2021 10,7% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf Diagnosen, die diesem Kapitel zugeordnet sind.

Während AU-Fälle und -Tage zwischen 2019 und 2021 annähernd stabil blieben, gingen die Krankenhaus-Fälle, ähnlich wie diejenigen mit anderen Hauptdiagnosen, zurück. Die Pankower Raten lagen jeweils knapp unter denen für Berlin insgesamt (Abbildung 23).

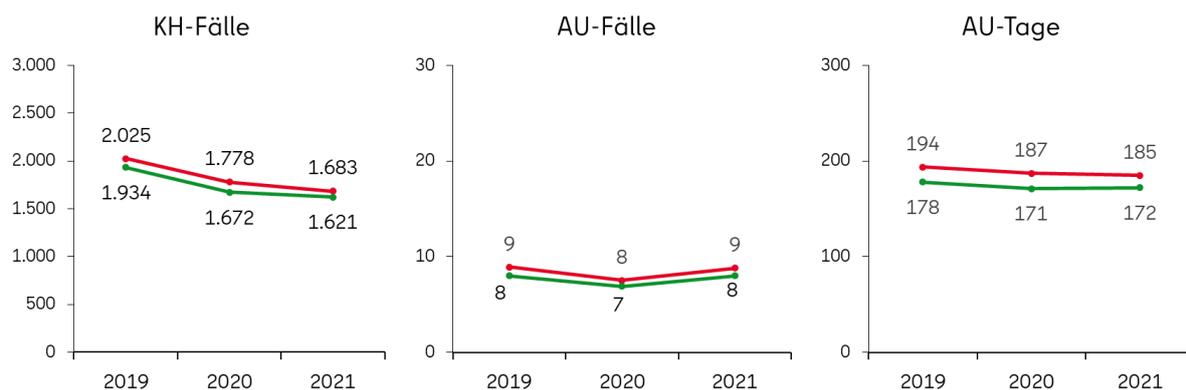


Abbildung 23: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des ICD-Kapitels XIX, Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

⁷⁴ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a, eigene Berechnungen)

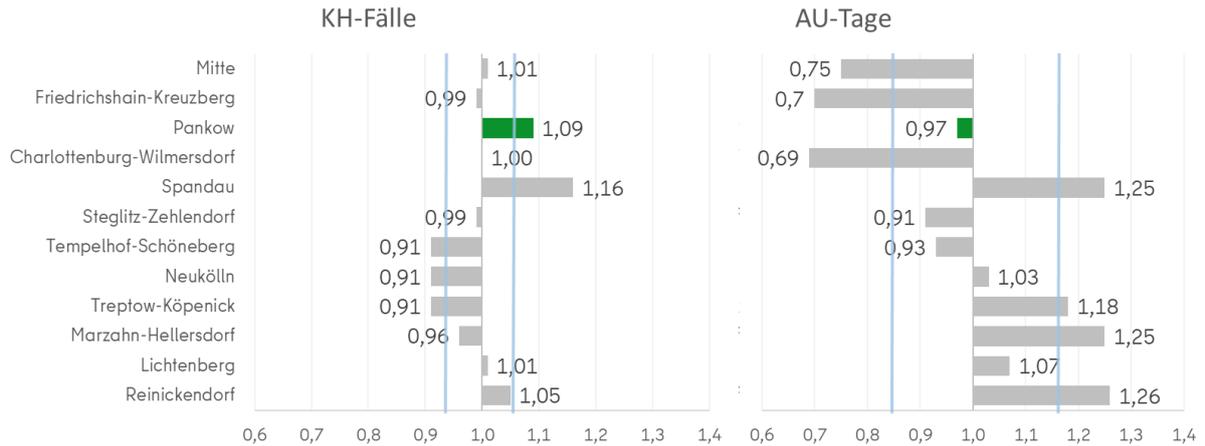


Abbildung 24: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen (S00-T98), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin ist 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Afs Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Die altersstandardisierten Raten bzgl. dieser Erkrankungen zeigen nur einen geringen Zusammenhang mit dem PESIx: In beiden Fällen gibt es einen schwachen Zusammenhang derart, dass Menschen aus Bezirken mit ungünstigerer Sozialstruktur eher aufgrund solcher Diagnosen stationär behandelt werden und der Arbeit fernbleiben (KH-Fälle: $r = -0,21$; AU-Tage: $r = -0,14$).

Abbildung 24 zeigt, dass die Pankower Ergebnisse für die beiden Krankheitsindikatoren deutlich unterschiedlich ausfallen: Das Ergebnis für die AU-Tage ist unauffällig, das für die Krankenhausfälle auffällig ungünstig. Daher werden einige vertiefende Analysen präsentiert.

34% dieser Fälle entfielen 2021 in Pankow auf Männer unter 65, 22% auf Frauen unter 65, 14%

Tabelle 21: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Verletzungen, Vergiftungen und bestimmten anderen Folgen äußerer Ursachen (XIX, S00-T98), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,11	1,07
weiblich	1,10	1,11

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,07 (unter 65, männlich), 0,07 (unter 65, weiblich), 0,09 (65 und älter, männlich), 0,08 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

auf Männer über 65 und 29% auf Frauen über 65 Jahren. Wie Tabelle 21 zeigt, sind die Verhältniszahlen für alle dargestellten Kombinationen von Alter und Geschlecht erhöht, in drei Fällen so deutlich, dass dies als auffällig gewertet wird.

In Tabelle 22 sind die Ergebnisse für ein Krankheitsbild dargestellt, das in den vorliegenden Daten einzeln ausgewiesen wird: Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels. Hier zeigt sich, dass die Verhältniszahlen nur in der Gruppe der unter-65-jährigen Pankowerinnen und Pankower auffällig höher ist als zu erwarten. Die Bedeutung dieses Ergebnisses ist aber zurückhaltend zu beurteilen, da nur etwa ein Sechstel aller dieser Verletzungen in Pankow 2021 auf die Altersgruppe der unter-65-Jährigen entfiel.

Tabelle 23 zeigt die Ergebnisse für Brüche des Oberschenkelknochens. Dieses Krankheitsbild ist eine Teilmenge der Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels. Hier zeigt sich ein ähnliches Bild, jedoch werden nur die Werte für Frauen unter 65 als auffällig hoch gewertet.

Tabelle 22: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70-S79), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,13	0,99
weiblich	1,26	1,05

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,10 (unter 65, männlich), 0,15 (unter 65, weiblich), 0,07 (65 und älter, männlich), 0,10 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 23: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Bruch des Oberschenkelknochens (S72), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,13	1,01
weiblich	1,25	1,06

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,17 (unter 65, männlich), 0,17 (unter 65, weiblich), 0,10 (65 und älter, männlich), 0,11 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

6.3.5 Krankheiten des Verdauungssystems

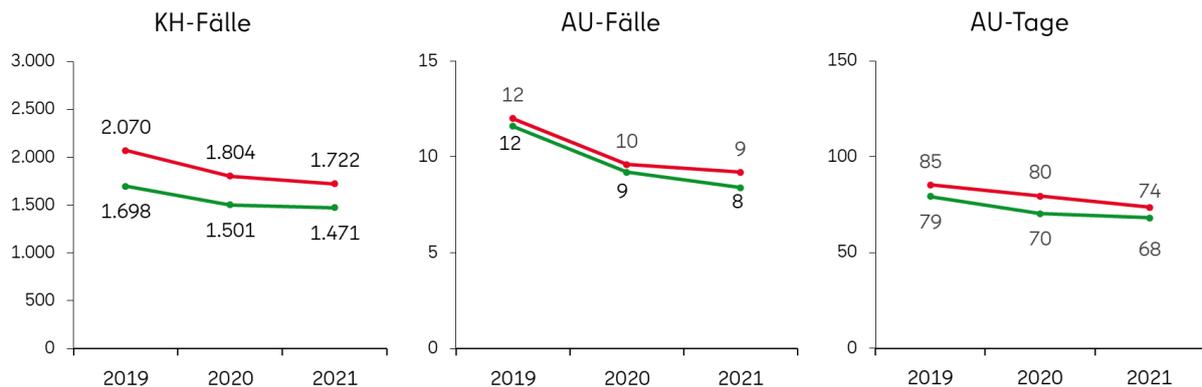


Abbildung 25: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-XI, K00-K93), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

Dieses ICD-Kapitel umfasst Krankheiten des gesamten Verdauungssystems, z. B. Mund, Magen, Leber und Darm. Ursachen sind häufig chronische Entzündungen, in deren Folge es zu Organschädigungen kommt. Als wirksame Verhaltensprävention gegen solche Schädigungen werden Vermeidung von einseitiger Ernährung und Übergewicht sowie ausreichend Bewegung genannt.⁷⁵

4,2% der Berliner Todesfälle waren 2021 auf Erkrankungen zurückzuführen, die in diesem Kapitel zusammengefasst sind.⁷⁶ Mit 5956 Fällen entfielen 2021 9,7% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf diese Erkrankungen.

Wie in Abbildung 25 dargestellt, sind sowohl Krankenhaus-Fälle als auch AU-Fälle und -Tage zwischen 2019 und 2021 rückläufig. Auch hier liegen die Pankower unter den Berliner Werten.

Die Analyse der altersstandardisierten Raten zeigt, dass diese höher sind in Bezirken, in denen die soziale Lage weniger günstig ist. Dieser Zusammenhang ist bei den AU-Tagen schwach ($r = -0,12$), bei den Krankenhaus-Fällen stark ($r = -0,74$).

Wie Abbildung 26 zeigt, liegen die Werte für Pankow sowohl für Krankenhaus-Fälle als auch für AU-Tage im unauffälligen Bereich, etwas unter den zu erwartenden Ergebnissen. Auf eine tiefere Analyse wird daher verzichtet.

⁷⁵ (Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, kein Datum)

⁷⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a, eigene Berechnungen)

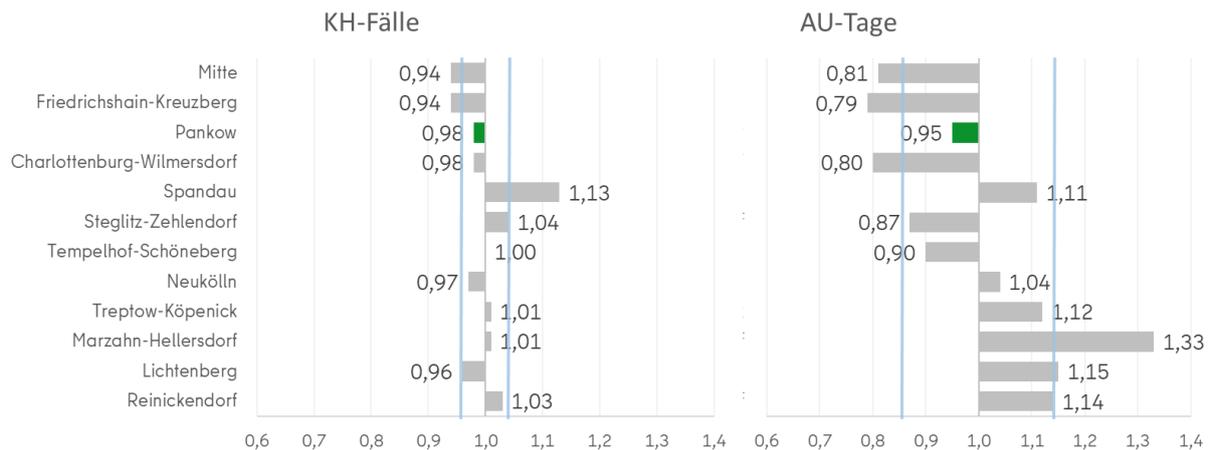


Abbildung 26: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems (XI, K00-K93), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

6.3.6 Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes

Zu dieser Krankheitsart zählen z. B. verschiedene Erkrankungen der Gelenke (Arthropathien) sowie der Wirbelsäule und des Rückens. Mit 3.817 Fällen entfielen 2021 6,2% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf dieses Kapitel. Bei den Todesursachen spielen sie keine nennenswerte Rolle. Zur Primär- und Sekundärprävention⁷⁷ wird vor übermäßiger und Fehlbelastung der in Frage stehenden Körperteile gewarnt. Eine gut ausgebildete Muskulatur kann dagegen vor Überlastung schützen. Auch psychische Belastungen können Muskel-Skelett-Erkrankungen begünstigen.⁷⁸

Wie in Abbildung 27 zu erkennen, waren Muskel-Skelett-Erkrankungen bei den Krankenhaus-Fällen deutlich rückläufig, bei AU-Fällen und -Tagen dagegen nur leicht. Wie bei den meisten Krankheitsarten liegen die Pankower Werte kontinuierlich unter denen für ganz Berlin.

In Bezirken mit ungünstigerer Sozialstruktur treten mehr Muskel-Skelett-Erkrankungen auf. Dieser Zusammenhang ist für altersstandardisierte Raten von Krankenhaus-Fällen schwach ($r = -0,25$), für altersstandardisierte Raten von AU-Tagen moderat ausgeprägt ($r = -0,47$).

⁷⁷ Man unterscheidet zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Primärprävention setzt an, bevor die Krankheit entsteht, Sekundärprävention im Frühstadium einer Krankheit, Tertiärprävention in einem späteren Stadium der Krankheit (Robert Koch Institut, 2023d).

⁷⁸ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung, kein Datum)

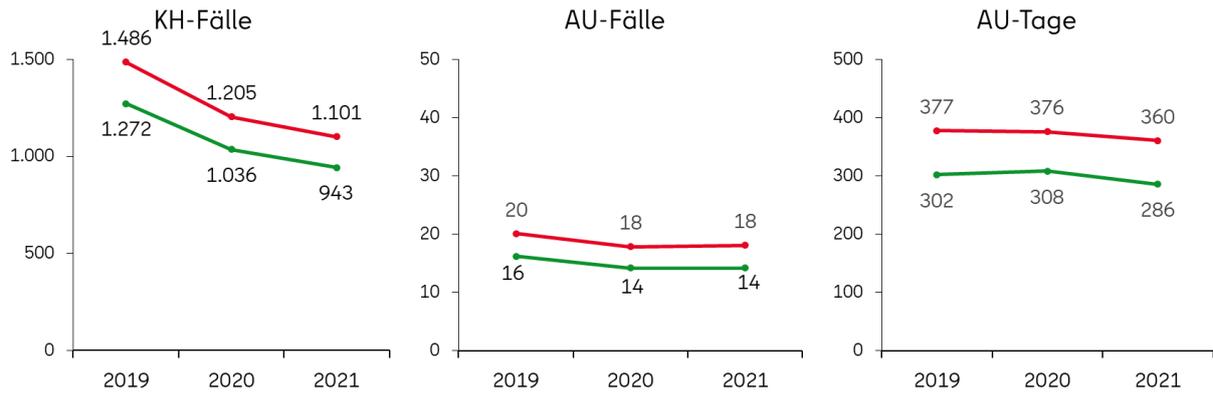


Abbildung 27: Krankenhaushfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD XIII, M00-M99), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

Auch nach statistischer Berücksichtigung dieser Zusammenhänge gibt es noch deutliche Unterschiede zwischen den Bezirken. Dies zeigen die Ergebnisse der Beobachtet-erwartet-Analysen, die in Abbildung 28 dargestellt sind. Bezüglich beider Kennzahlen steht Pankow etwas besser da als angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten; die Zahlen liegen jedoch im unauffälligen Bereich. Auf eine tiefergehende Analyse wird verzichtet.

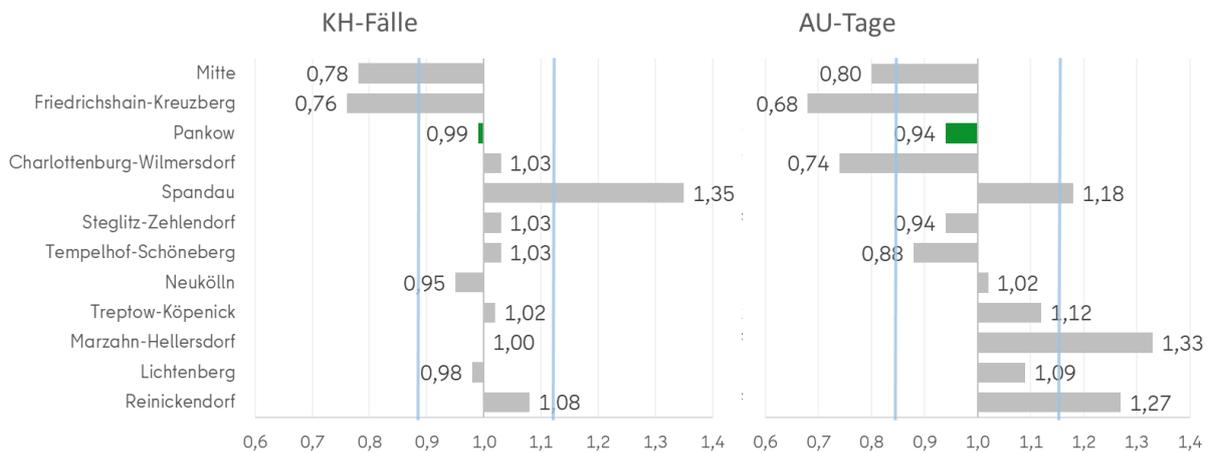


Abbildung 28: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhaushfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (ICD XIII, M00-M99), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

6.3.7 Krankheiten des Atmungssystems

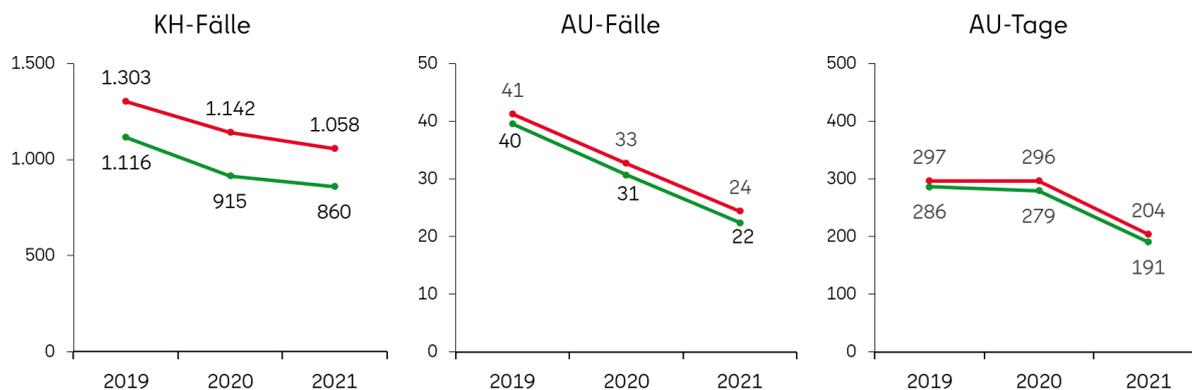


Abbildung 29: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD X, J00-J99), Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

6,4% der in Berlin 2021 aufgetretenen Todesfälle entfallen auf Krankheiten des Atmungssystems wie Lungenentzündungen oder COPD⁷⁹ – nicht mitgerechnet sind hierbei jedoch die 7,1% der Verstorbenen, bei denen eine Covid-19-Krankheit als Grundleiden angegeben wurde.⁸⁰ Für diese Todesursache (die mit ICD-Schlüsseln aus einem ICD-Sonderkapitel verkodet werden) liegen keine Daten auf Bezirksebene aus der Erhebung der statistischen Ämter vor; es geht deshalb in diesem Abschnitt lediglich um hergebrachte Erkrankungen des Atmungssystems. Auf diese Erkrankungen entfielen 2021 5,7% (3.483) der stationären Krankenhausbehandlungen, die von Pankower Bürgerinnen und Bürgern in Anspruch genommen wurden.

Wie in Abbildung 29 dargestellt, gingen die bei den im ICD-Kapitel X zusammengefassten Krankheiten des Atmungssystems die Krankenhausfälle deutlich, die AU-Fälle und -Tage noch deutlicher zurück, was möglicherweise auch auf die Wirkung von Corona-Präventionsmaßnahmen auf das Auftreten anderer Atemwegserkrankungen zurückzuführen ist. Bei allen Kennzahlen, insbesondere bei den Krankenhaus-Fällen liegen die Pankower Zahlen unter denen für Berlin insgesamt.

Auch für Krankheiten des Atmungssystems zeigt sich das typische Ergebnis, dass die altersadjustierten Raten dort besonders hoch sind, wo die Sozialstruktur weniger günstig ist. Jedoch ist die Stärke dieses Zusammenhangs sehr unterschiedlich: Für Krankenhausfälle zeigt sich ein sehr starker Zusammenhang ($r = -0,88$), für AU-Tage nur ein vernachlässigbarer ($r = -0,04$).

⁷⁹ „COPD“ steht für „chronic obstructive pulmonary disease“, also chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Hierbei ist die Lunge dauerhaft geschädigt und die Atemwege sind verengt, so dass die Versorgung des Körpers mit Sauerstoff erschwert ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

⁸⁰ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a, eigene Berechnungen)

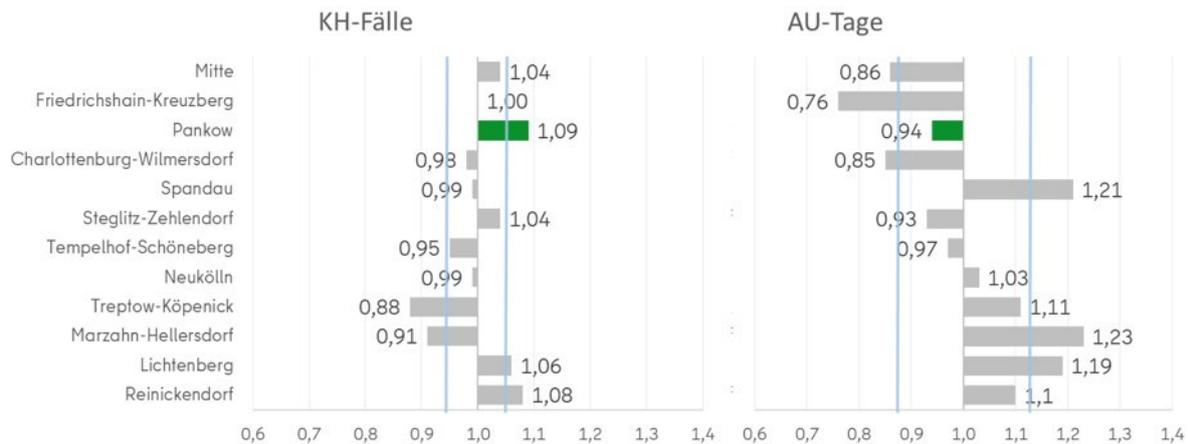


Abbildung 30: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD X, J00-J99), nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Afs Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; AU: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Auch die Beobachtet-erwartet-Analyse zeigt für AU-Tage und Krankenhaus-Fälle sehr unterschiedliche Ergebnisse (Abbildung 30). Die AU-Tage fallen etwas günstiger aus als zu erwarten, liegen jedoch in unauffälligen Bereich. Dagegen sind die Ergebnisse für die Krankenhaus-Fälle auffällig ungünstig.⁸¹

Dies ist überwiegend auf die Behandlungen von über-65-Jährigen zurückzuführen (Tabelle 24). Dies gilt auch, wenn man die spezifischeren Erkrankungen betrachtet (Tabellen 25-27).

Tabelle 24: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (ICD X, J00-J99), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,04	1,16
weiblich	1,04	1,24

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie um mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,06 (unter 65, männlich), 0,08 (unter 65, weiblich), 0,09 (65 und älter, männlich), 0,08 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Afs Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

⁸¹ Die scheinbare Diskrepanz zwischen den niedrigen Pankower Raten für Krankenhaus-Fälle (Abbildung 29) und den hohen altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhaus-Fälle (Abbildung 30), erklärt sich aus dem starken Zusammenhang der altersstandardisierten Rate mit dem PESIx.

Tabelle 25: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von Lungenentzündungen (J12-16), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,00	1,09
weiblich	0,95	1,11

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,08 (unter 65, männlich), 0,13 (unter 65, weiblich), 0,08 (65 und älter, männlich), 0,07 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 26: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von chronischen Erkrankungen der unteren Atemwege (J40-47), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,04	1,29
weiblich	1,09	1,27

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,18 (unter 65, männlich), 0,16 (unter 65, weiblich), 0,08 (65 und älter, männlich), 0,13 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Tabelle 27: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund von COPD (J44), nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,09	1,32
weiblich	1,19	1,30

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,16 (unter 65, männlich), 0,19 (unter 65, weiblich), 0,16 (65 und älter, männlich), 0,14 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

6.3.8 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

Diagnosen aus diesem Kapitel sind keiner der sechs häufigsten Gründe für Krankschreibungen, so dass auf Bezirksebene keine genaueren Angaben zu AU-Fällen oder -Tagen vorliegen. Alle in diesem Abschnitt dargestellten Daten beziehen sich daher ausschließlich auf Krankenhaus-Behandlungsfälle. Für sämtliche Analysen werden Entbindungen (O80-82) ausgeschlossen, da es sich bei Entbindungen nicht um Erkrankungen handelt. Die gezählten Behandlungen beziehen sich vielmehr auf gesundheitliche Probleme, die in diesem Zusammenhang auftreten, z. B. Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60-O75). Dies ergibt 6.562 Fälle, die 10,7% aller 2021 durch Pankower Bürgerinnen und Bürgern erzeugten Krankenhaus-Behandlungsfälle entsprechen.

Für die Darstellungen im vorliegenden Abschnitt wurden Raten von Behandlungsfällen pro 1.000 Geburten berechnet. Als Zahl der Geburten wurde die Zahl der unter-1-Jährigen am 31.12. des in Frage stehenden Jahres angenommen. Eine Altersstandardisierung unterbleibt, da sie nicht sinnvoll vorgenommen werden kann.⁸²

Die Ergebnisse zeigt Abbildung 31. Wie im linken Teil zu sehen, lag die Pankower Rate in den Jahren 2019 bis 2021 unter der für Berlin insgesamt, näherte sich dieser im Zeitverlauf jedoch an.

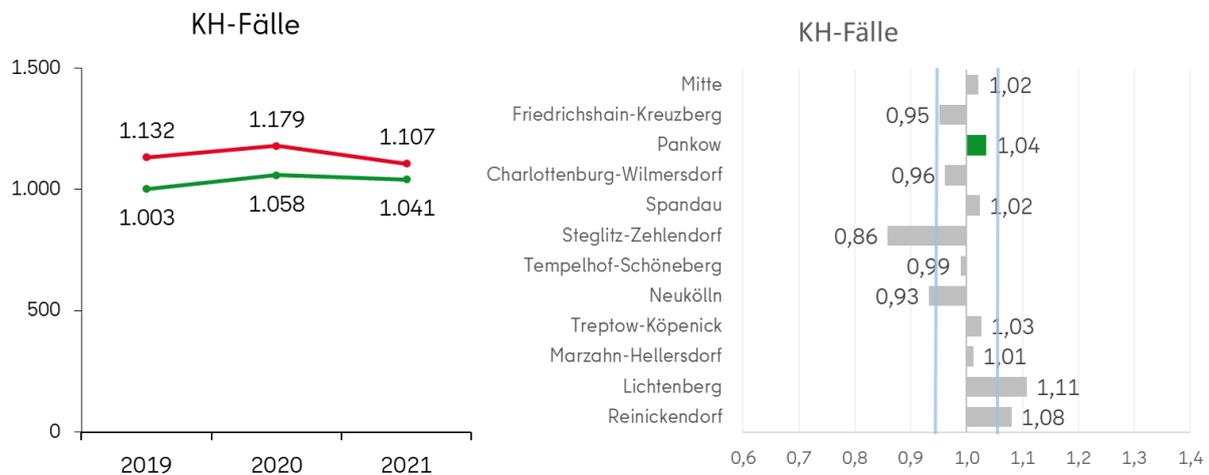


Abbildung 31: Krankenhausfälle aufgrund von Diagnosen aus dem Kapitel „Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett“ (XV) ohne Entbindungen (O00-O75, O85-O99). Links: Krankenhausfälle pro 1.000 Geburten, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Geburten wurden geschätzt als Zahl der unter-1-jährigen am 31.12. des Bezugsjahres laut Einwohnerregister. **Rechts: Statusadjustierte Verhältniszahlen, nach Bezirken, 2021.** Eine sinnvolle Altersstandardisierung ist hier nicht möglich. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

⁸² Das Risiko für Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft ist etwa ab dem 35. Lebensjahr der Mutter deutlich erhöht (Auner & Radner, 2005). Deshalb wäre es sinnvoll, eine Adjustierung für das Alter der Mütter vorzunehmen. Angaben zum Alter der Mütter liegen jedoch nicht vor.

Die (nicht altersstandardisierten) Verhältniszahlen zeigen einen starken Zusammenhang mit dem Maß des sozioökonomischen Status: Wo dieser geringer ist, sind die Werte für Behandlungen im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett höher ($r = -0,69$).

Der rechte Teil der Abbildung 31 zeigt die Ergebnisse der Statusadjustierung: Pankow liegt hier im unauffälligen Bereich. Auf tieferegehende Analysen kann daher verzichtet werden.

6.3.9 Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben

Die Perinatalperiode (also die Periode, die zeitlich „um die Geburt herum“ liegt) gilt als besonders kritisch für den Säugling. Vielfältige Gefährdungen können zum Beispiel durch eine zu frühe Geburt auftreten. Mit 714 Fällen entfielen 2021 1,2% aller durch Pankower Bürgerinnen und Bürger ausgelösten Krankenhaus-Behandlungsfälle auf dieses Kapitel. Todesfälle in diesem Zusammenhang sind selten (und wurden für die Berliner Bezirke in Abschnitt 5.4 dargestellt). Rauchen der Mutter während der Schwangerschaft zeigt einen statistischen Zusammenhang mit Frühgeburten, weshalb der Verzicht hierauf als Methode der verhaltensbezogenen Primärprävention diskutiert wird.⁸³

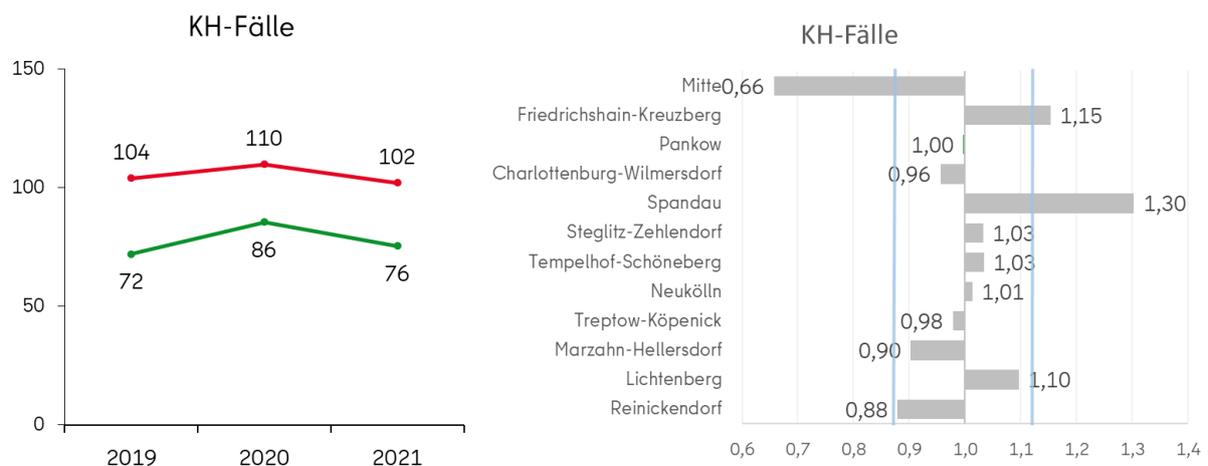


Abbildung 32: Krankenhausfälle aufgrund von Diagnosen aus dem Kapitel „Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben“ (ICD XVI, P00-P96). Links: Krankenhausfälle pro 1.000 Geburten, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Geburten wurden geschätzt als Zahl der unter-1-jährigen am 31.12. des Bezugsjahres laut Einwohnerregister. Rechts: Statusadjustierte Verhältniszahlen, nach Bezirken, 2021. Eine sinnvolle Altersstandardisierung ist hier nicht möglich. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

⁸³ (Berger, Helmer, Schneider, & Surbek, 2022)

Auch bei der Darstellung dieser Fälle stellt sich die Frage nach dem richtigen Nenner für die Berechnung von Raten. Grundsätzlich können diese Diagnosen noch nach der Perinatalperiode und auch noch nach Vollendung des ersten Lebensjahres gestellt werden, in der Praxis dürfte dies aber selten vorkommen.⁸⁴ Deshalb wird auch in diesem Fall als Nenner die Zahl der unter 1-Jährigen am 31.12. des jeweiligen Bezugsjahres gewählt. Eine Altersstandardisierung ist nicht sinnvoll durchführbar.⁸⁵

Wie im linken Teil von Abbildung 32 zu sehen, lag die Pankower Rate während des betrachteten Zeitraums konstant deutlich unter der für Berlin insgesamt. Weder für Berlin noch für Pankow ist hier ein klarer Trend zu erkennen.

Die (nicht altersstandardisierte) Verhältniszahl zeigt einen starken Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status der Bezirke: Wo dieser niedrig ist, ist die Zahl der Fälle hoch ($r = -0,71$).

Das Pankower Ergebnis entspricht fast exakt dem, was aufgrund der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten ist, wie der rechte Teil von Abbildung 32 zeigt. Eine tiefergehende Analyse ist daher nicht angezeigt.

6.3.10 Alkoholattributable Diagnosen

„Alkoholattributable Diagnosen“ sind Diagnosen, die direkt auf den Konsum von Alkohol zurückgeführt werden können: Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol (F10, z. B. Abhängigkeit), alkoholische Leberkrankheiten (K70), alkoholinduzierte akute Pankreatitis (Entzündung der Bauchspeicheldrüse, K85.2) und alkoholinduzierte chronische Pankreatitis (K86.0). Es handelt sich um Diagnosen, die schon dargestellt wurden (Krankheiten des Verdauungssystems, Abschnitt 6.3.5) oder noch im Kapitel zu psychischen Krankheiten dargestellt werden (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, Abschnitt 9.3.2). Sie kommen in diesem Bericht also doppelt vor. Ihre gesonderte Analyse ist dennoch sinnvoll, da in diesem Fall ein direkter Zusammenhang zwischen Diagnosen und Verhalten (dem übermäßigen Konsum von Alkohol) besteht. Darüber hinaus gibt es einen direkten Bezug auf das Gesundheitsziel „Alkoholkonsum reduzieren“.

⁸⁴ (Mulder-Rathgeber, 2008, S. 317-318)

⁸⁵ Wie schon im vorigen Abschnitt 6.3.8 gilt auch hier, dass eine Adjustierung mit dem Alter der Mütter sinnvoll wäre (da Komplikationen im Zusammenhang mit der Schwangerschaft etwa ab dem 35. Lebensjahr häufiger auftreten), jedoch nicht möglich ist, weil Daten zum Alter der Mütter nicht vorliegen.

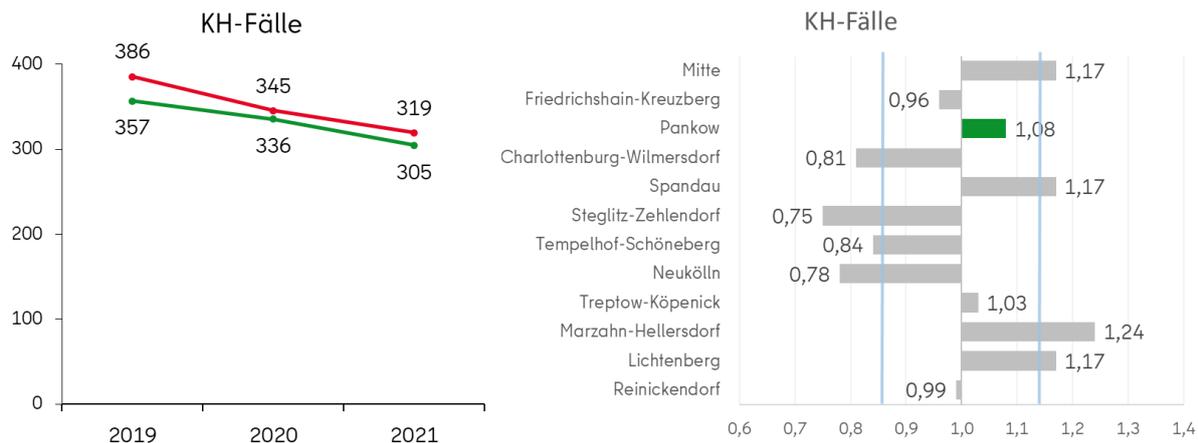


Abbildung 33: Krankenhausfälle aufgrund alkoholattributabler Diagnosen (F10, K70, K85.2, K86.0). Links: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Rechts: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen, nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Die Kombination der Diagnosen ergibt für 2021 insgesamt 1233 Pankower Krankenhaus-Behandlungsfälle; dies entspricht 2,0% aller 2021 durch Pankower Bürgerinnen und Bürger ausgelösten Fälle. 0,4% der Berliner Todesfälle wurden 2021 auf psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol zurückgeführt. Angaben für die anderen obengenannten Diagnosen sind in der Berliner Todesursachenstatistik nicht enthalten.⁸⁶

Krankenhaus-Fälle mit den genannten Hauptdiagnosen waren im betrachteten Zeitraum rückläufig. Durchgängig liegen die Pankower Raten etwas unter denen für Berlin insgesamt.

Die Korrelation des PESIx mit der altersstandardisierten Verhältniszahl der alkoholattributablen Diagnosen beträgt ($r = -0,47$). Es besteht also ein moderater Zusammenhang derart, dass die Werte für diese Diagnosen dort höher sind, wo die soziale Lage weniger günstig ist.

Der rechte Teil von Abbildung 33 zeigt die Ergebnisse für die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen. Der Pankower Wert liegt über 1, jedoch nicht so sehr, dass die Abweichung als auffällig zu werten wäre. Auf eine nähere Analyse wird daher verzichtet.

6.3.11 Diabetes mellitus

Eines der Gesundheitsziele ist „Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln“. Mit „Diabetes mellitus“ werden Erkrankungen bezeichnet, bei denen die Blutzuckerwerte erhöht sind, weil ein Mangel am Hormon Insulin besteht oder dieses

⁸⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023a, eigene Berechnungen)

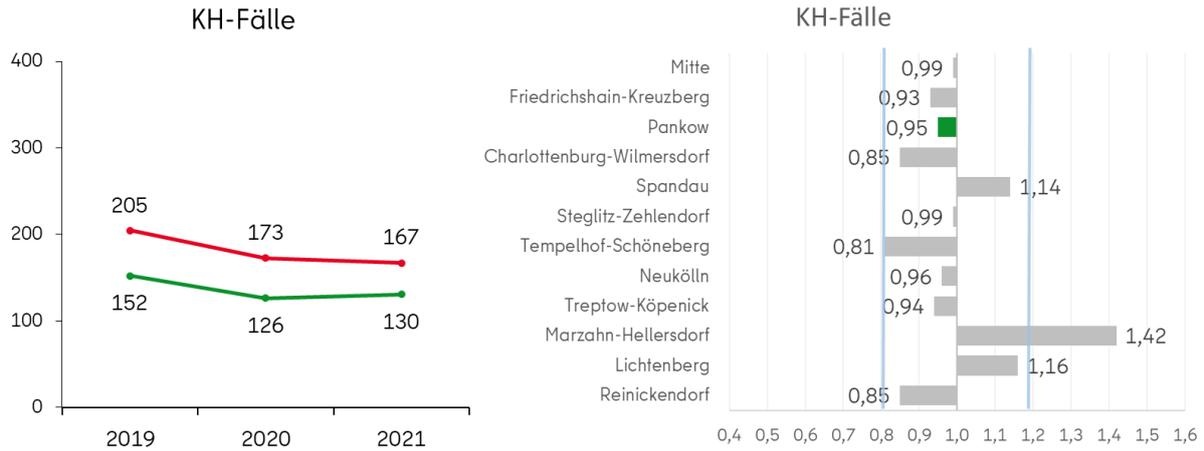


Abbildung 34: Krankenhausfälle aufgrund von Diabetes mellitus (E10-14). Links: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Rechts: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen, nach Bezirken, 2021. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

schwächer wirkt als üblich. Am häufigsten sind die Typen 1 und 2. Beim Typ 1 liegt der Beginn meist im Kinder- oder Jugendalter; er ist nicht heilbar. Der Typ 2 setzt typischerweise später ein. Sein Auftreten wird auf Lebensstilfaktoren zurückgeführt: zu wenig Bewegung, falsche Ernährung und Rauchen. Primär- und Sekundärprävention setzen daher an diesen Lebensstilfaktoren an.⁸⁷

Die vorliegenden und in diesem Abschnitt dargestellten Daten liegen jedoch nur gemeinsam für Diabetes aller Typen (ICD-Schlüssel E10 bis E14) vor. Diese Ungenauigkeit der Daten ist zu verschmerzen, da ca. 90-95% der Diabetiker in Deutschland am Typ 2 erkrankt ist.⁸⁸ Der Vergleich der Raten und Verhältniszahlen würde daher wohl sehr ähnlich ausfallen, wenn statt der vorliegenden solche Daten herangezogen würden, die nur Typ 2 darstellen.

Auf Diabetes mellitus irgendeines Typs wurden 2021 4,0% der Berliner Todesfälle zurückgeführt. Im gleichen Jahr wurden 528 Krankenhausfälle mit dieser Hauptdiagnose für Pankower Bürgerinnen und Bürger registriert; dies entspricht 0,9% aller Pankower Fälle.

Wie der linke Teil von Abbildung 34 darstellt, sind die Behandlungsfälle aufgrund von Diabetes zwischen 2019 und 2020 deutlich zurückgegangen und im folgenden Jahr praktisch stabil geblieben. Die Werte für Berlin insgesamt sind deutlich höher als die für Pankow.

⁸⁷ (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a)

⁸⁸ (Bundesministerium für Gesundheit, 2023a)

Zwischen den altersstandardisierten Verhältniszahlen für die Raten dieser Krankheiten und der sozialen Lage in den Bezirken besteht ein moderater negativer Zusammenhang ($r = -0,44$): Die Werte sind dort höher, wo die soziale Lage weniger günstig ist.

Die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für Pankow ist günstiger als zu erwarten, wobei die Abweichung im unauffälligen Bereich liegt. Auf eine detailliertere Analyse wird dementsprechend verzichtet.

6.4 Zusammenfassung und Diskussion

Krankenhausaufenthalte und Arbeitsunfähigkeiten, die auf körperliche Erkrankungen zurückzuführen sind, waren zwischen 2019 und 2021 in Berlin insgesamt und in Pankow rückläufig. Vermutlich ist dies zumindest teilweise eine Konsequenz der zahlreichen Reaktionen auf die Corona-Pandemie.

Die Pankower Raten für verschiedene Krankheiten liegen dabei fast immer unter denen für Berlin insgesamt. Dies ist nicht allzu überraschend angesichts des Umstandes, dass Pankows Alters- und Sozialstruktur im Vergleich mit anderen Berliner Bezirken besonders günstig ist. Trägt man diesem Umstand Rechnung, indem man die Werte altersstandardisiert und statusadjustiert, zeigt sich ein verändertes Bild: Die Pankower Ergebnisse für die körperlichen Erkrankungen insgesamt sind unauffällig. Dies gilt sowohl für Krankenhaus-Fälle als auch für AU-Tage.

Die Ergebnisse für die körperlichen Erkrankungen insgesamt wie auch für verschiedene Erkrankungsarten zeigen außerdem, dass der Zusammenhang zwischen den Indikatoren für Krankenhausaufenthalte einerseits und Arbeitsunfähigkeiten andererseits nicht so groß sind, wie man vielleicht annehmen könnte: Bei manchen Krankheiten sind sich die Entwicklungen im Zeitverlauf nicht allzu ähnlich; die Rangfolge der verschiedenen Bezirke unterscheidet sich danach, ob man Krankenhaus-Fälle oder AU-Tage betrachtet. Für beide Indikatoren ist insgesamt das erwartete Ergebnis zu beobachten: Wo die soziale Lage weniger günstig ist, ist auch die Krankheitsbelastung höher. Doch es fällt auf, dass der Zusammenhang zwischen dem SöS eines Bezirkes und der dortigen Krankheitslast für die Krankenhaus-Fälle sehr viel deutlicher ausfällt als für die AU-Tage. Für die körperlichen Erkrankungen insgesamt ist der Zusammenhang mit den AU-Tagen nur schwach, der mit den Krankenhaus-Fällen dagegen stark. Ein ähnliches Muster zeigt sich für die meisten Krankheitsarten, wenn sie einzeln betrachtet werden.

Zur Erklärung bieten sich mehrere Gründe an, da sich die beiden Indikatoren in mehrfacher Hinsicht unterscheiden. Erstens wurden bezüglich der Arbeitsunfähigkeiten vor allem die Tage analysiert, bezüglich der Krankenhausaufenthalte jedoch die Fälle (da zur Dauer der Krankenhausaufenthalte keine Daten vorliegen). Dies allein lässt Unterschiede zwischen den

Ergebnissen erwarten. Jedoch zeigen Arbeitsunfähigkeits-Fälle in der Regel ähnliche Trends wie Arbeitsunfähigkeitstage.

Zweitens bilden Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalte unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen ab: Im Mittel liegen Krankenhausaufenthalten deutlich schwerere Erkrankungsformen zugrunde als Arbeitsunfähigkeiten. Manche Krankheiten nehmen typischerweise einen schwereren Verlauf als andere, weshalb aus diesem Grund Unterschiede zwischen Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit und Indikatoren von Krankenhausaufenthalten zu erwarten sind.

Drittens schließen die Daten zur Arbeitsunfähigkeit systematisch ältere Menschen aus, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind. Auch jüngere Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen dauerhaft nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, werden hier nicht abgebildet. In den Arbeitsunfähigkeitsdaten sind also solche Menschen nicht vertreten, die in besonderem Maße von Krankheit betroffen sind. Die Raten der Krankenhausfälle bilden dagegen (im Nenner) alle Pankowerinnen und Pankower ab.

In welchem Mischungsverhältnis die genannten Gründe (und vielleicht andere) für die Unterschiede zwischen den Daten für Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalte verantwortlich sind, kann nicht abschließend aufgeklärt werden. Sie weisen aber darauf hin, dass hier grundsätzlich zwei unterschiedliche Indikatoren der Gesundheit betrachtet werden und deshalb auch unterschiedliche Ergebnisse nicht allzu überraschend sind.

Eine andere Frage ist die Angemessenheit der Statusadjustierung. In Abschnitt 4.5 war allgemein darauf hingewiesen worden, dass eine Statusadjustierung umso weniger angemessen ist, je mehr der Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit darauf beruht, dass schlechtere Gesundheit zu einem verringerten sozioökonomischen Status führt. Dies kann zum Beispiel vorkommen, weil Menschen chronisch erkranken und deshalb aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden. Vermutlich spielt diese Wirkrichtung bei Krankenhausaufenthalten eine kleinere Rolle als andere Wirkrichtungen, weshalb Statusadjustierungen vorgenommen wurden. Insbesondere kann der genannte Mechanismus, dass Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt, bei Menschen nicht mehr wirksam werden, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind.⁸⁹ Diese Menschen erzeugen einen Großteil der Krankenhaus-Fälle (jedoch nicht der Arbeitsunfähigkeiten). Nicht

⁸⁹ Dem ließe sich entgegenhalten, dass auch Menschen im Rentenalter häufig aufgrund ihres Gesundheitszustandes von Transferleistungen abhängig werden. Denn ein typischer Weg in die Altersarmut führt über die Pflegebedürftigkeit. Insbesondere kommt es häufig vor, dass Pflegebedürftige, die dauerhaft in ein Heim ziehen, den Eigenanteil für das Pflegeheim nicht aufbringen können und deshalb von Leistungen nach SGB XII abhängig werden. Tatsächlich geht der Anteil der SGB-XII-Empfänger an der Bevölkerung in den PESIx ein, jedoch werden hierbei Personen, die in Pflegeheimen wohnen, nicht mitgezählt (Anhang 2). Die Existenz dieser Wirkung von Gesundheit auf Armut hat also keine Auswirkung auf die Angemessenheit der Statusadjustierung.

Tabelle 28: Überblick über die Hauptergebnisse zu körperlichen akuten Erkrankungen und Behandlungsfällen in Pankow, 2021, nach Krankheitsarten

	Anteil an Toden (Berlin, %)	Anteil an KH-Fällen (%)	VZ KH-Fälle	Anteil an AU-Tagen (%)	VZ AU-Tage
Körperliche Erkrankungen insgesamt	94,7	92,5	1,03	77,0 ¹	0,95
Kreislaufsystem (I00-I99)	30,4	14,5	1,10	4,3	0,96
Neubildungen (C00-D48)	24,5	12,4	1,10	4,9	1,05
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	4,8	10,7	1,09	11,1	0,97
Verdauungssystem (K00-K93)	4,2	9,7	0,98	4,4	0,95
Muskel-Skelett (M00-M99)	(²)	6,2	0,99	18,4	0,94
Atmungssystem (J00-J99)	6,4 ³	5,7	1,09	12,3	0,94
Schwangerschaft (O00-O75, O85-O99) ⁴	(²)	10,7 ⁵	1,04		
Perinatalperiode (P00-P96)	0,2	1,2 ⁵	1,00		
Alkohol (F10, K70, K85.2, K86.0)	≥ 0,4 ⁶	2,0	1,08		
Diabetes mellitus (E10-E14)	4,0	0,9	0,95		

Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus; VZ: statusadjustierte und (wo angemessen) zuvor altersstandardisierte Verhältniszahl (s. Abschnitte 4.4, 4.5, 4.8)

Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig; weiß: Zuordnung nicht relevant / nicht versucht (zur Zuordnung s. die vorherigen Abschnitte in diesem Kapitel sowie allgemein Abschnitt 4.5). Leere Zellen zeigen an, dass die Zahl aus der Quelle nicht erhältlich bzw. nicht zu errechnen war.

¹ Errechnet auf Basis der Angaben zu allen Erkrankungen abzüglich der Angaben zu Erkrankungen des Kapitels V, Psychische und Verhaltensstörungen. Bei einer alternativen Berechnung als Summe aller AU-Tage aufgrund körperlicher Erkrankungen ergibt sich ein Anteil von 79,8%. Dies erklärt sich daraus, dass einige der teilnehmenden Krankenkassen AU-Tage mehreren Krankheiten zugeordnet haben.

² Die Anzahl wird in der Quelle nicht ausgewiesen.

³ Enthält keine Todesfälle aufgrund des Corona-Virus

⁴ Entbindungen sind nicht enthalten, da es sich hierbei nicht um Krankheiten handelt.

⁵ Diese Verhältniszahl ist nicht altersstandardisiert, da eine Altersstandardisierung nicht sinnvoll möglich ist.

⁶ Der errechnete Anteil basiert nur auf Angaben zur Diagnose F10, der Anteil für alle alkoholattributablen Diagnosen dürfte deshalb höher sein.

Daten: s. Angaben in den vorherigen Abschnitten dieses Kapitels

statusadjustierte (nur altersstandardisierte) Verhältniszahlen können Anhang 9 entnommen werden. Die Interpretation der Ergebnisse stützt sich jedoch auf die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen, die in Tabelle 28 zusammengefasst sind.

Wie Tabelle 28 zeigt, sind die Pankower Ergebnisse bei vier Erkrankungsarten auffällig ungünstig: Erkrankungen des Kreislaufsystems, Neubildungen (also insbesondere Krebserkrankungen), Verletzungen und Vergiftungen sowie Erkrankungen des Atmungssystems. Ihre Verhältniszahlen sind deshalb rötlich unterlegt.

Worauf diese auffällig ungünstigen Ergebnisse zurückzuführen sind, kann eine solche Analyse nicht klären. Es ist möglich, dass hier auch Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage der

Pankowerinnen und Pankower wirksam wurden, die im PESIx nicht berücksichtigt werden. Wie bereits in Abschnitt 3.2 diskutiert, sind Maße der Bildung und des Berufsprestiges im PESIx nicht enthalten; außerdem wird der ökonomische Aspekt nur über Indikatoren von Armut abgebildet. Hinzu kommt, dass der PESIx nur die gegenwärtige Lage abbildet. Im Gegensatz hierzu sind Krankenhausaufenthalte häufig das Resultat von Einflüssen über Jahre oder Jahrzehnte, die schließlich in der Gesamtheit so wirksam werden, dass es zu einem Krankenhausaufenthalt kommt. So ist z. B. ein Krankenhausaufenthalt wegen Lungenkrebs häufig die Folge von Tabakkonsum über Jahrzehnte hinweg; Rauchen im gleichen Jahr hat dagegen nur einen geringen Einfluss. Es ist möglich, dass sich die teils ungünstigen Ergebnisse für Pankow teilweise aus solchen langjährigen Einflüssen erklären, die über die verwendeten Maße der gegenwärtigen Alters- und Sozialstruktur nicht vollständig herausgerechnet werden können.

Eine Variante dieses Argumentes ist es, auf die Lage Pankows im ehemaligen Ost-Berlin hinzuweisen und anzunehmen, dass im ehemaligen Ost-Berlin der Anteil ehemaliger DDR-Bürger höher ist als im ehemaligen West-Berlin: Möglicherweise sind ehemalige Bürgerinnen und Bürger der DDR gesundheitlich benachteiligt, weil die Gesundheitsversorgung im Osten weniger leistungsfähig war als die im Westen oder weil die krisenhafte Transformation nach der Wiedervereinigung langfristige negative Gesundheitsfolgen nach sich gezogen hat.⁹⁰ In der Tat ist die (nicht standardisierte oder adjustierte) Rate der Krankenhausaufenthalte wegen körperlicher Erkrankungen in den östlichen Bundesländern höher als in den westlichen.⁹¹ Jedoch lässt sich in den altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen für körperliche Erkrankungen insgesamt (Abschnitt 6.3.1) kein deutlicher Nachteil (oder Vorteil) der Bezirke im ehemaligen Ost-Berlin erkennen. Pankows Lage im ehemaligen Ost-Berlin scheint also keine großen Auswirkungen auf die Ergebnisse zu haben.

Trotz der genannten Einschränkungen können die hier zusammengefassten Ergebnisse zur Priorisierung von Handlungsfeldern beitragen. Hier liegt es nahe, Krankheitsbildern, die in den Krankenhausdaten auffällig hohe Werte aufweisen, besondere Aufmerksamkeit zu schenken. Das abschließende Kapitel greift dieses Thema wieder auf.

⁹⁰ (Grigoriev, Pechholdová, Scholz, & Klüsener, 2021)

⁹¹ Osten ohne Berlin: 10.674 pro 100.000 Einwohner, Westen ohne Berlin: 9.525. Nicht gezählt wurden Hauptdiagnosen des Kapitels V sowie Fälle ohne Hauptdiagnose. Zuordnung zum Bundesland nach Standort des Krankenhauses. Daten beziehen sich auf das Jahr 2022 (Statistisches Bundesamt, 2016-2024, 2023e, eigene Berechnungen).

7 Körper- und Sinnesbehinderungen

7.1 Einleitung

Behinderungen im Sinne des SGB IX betreffen „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie [...] an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 [1] SGB IX). Alterstypische Einschränkungen finden hierbei keine Berücksichtigung.⁹² Menschen mit anerkannter Behinderung können gleichzeitig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sein. Wie viele Personen in den im vorliegenden Bericht dargestellten Daten sowohl als Menschen mit Behinderung (Kapitel 7) als auch als Pflegebedürftige (Kapitel 8) abgebildet werden, bleibt daher unklar.⁹³

Der Grad der Behinderung (GdB) drückt aus, in welchem Maße die betroffenen Personen bzgl. der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind. Er wird in Zehnerstufen von 20 bis 100 vergeben. Bei einem Grad der Behinderung ab 50 ist von einer „Schwerbehinderung“ die Rede.⁹⁴

Behinderungen werden für den vorliegenden Bericht auf Basis der Ausgangsdaten den vier Kategorien zugeordnet, im SGB IX (§ 2 [1]) genannt werden, also körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Details der Zuordnung können Anhang 10 entnommen werden. Im vorliegenden Kapitel werden körperliche sowie Sinnesbehinderungen thematisiert, seelische und geistige Behinderungen in Kapitel 10.

⁹² (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 4)

⁹³ Vergleicht man die Definitionen von Pflegebedürftigkeit und Behinderung, so fallen Ähnlichkeiten auf. Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Menschen, wenn sie voraussichtlich für mindestens 6 Monate „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 (1) SGB XI). Menschen mit Behinderung haben per Definitionem „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen [...], die sie [...] an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 3 (1) SGB IX). Die selben Personen können Leistungen sowohl der Eingliederungshilfe (Behinderung) als auch der Pflegeversicherung beziehen (Helbig & Latteck, 2022, S. 108). Hierdurch kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten auch bzgl. konkreter Leistungen kommen; das diesbezügliche Vorgehen ist gesetzlich geregelt (Fix, 2017; Krupp & Hielscher, 2019, S. 65-70). Datenbasierten Schätzungen zufolge bezog Ende der 2010er Jahre bundesweit ca. ein Fünftel der Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhielten, auch Leistungen aus der Pflegeversicherung (Rothgang, Schmid, Maaß, Preuß, & Wagner, 2019, S. 115). Zur Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass nur ein kleiner Teil der Schwerbehinderten Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht: Mit Stand 31.12.2021 waren es 12% in Berlin und 15% in Pankow (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022b; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022c).

⁹⁴ (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 4)

7.2 Daten und Analysen

Die hier dargestellten Daten stammen aus dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) und stellen den dort am 12.07.2023 verfügbaren Datenstand dar. Abgebildet sind Menschen, denen ein Grad der Behinderung zuerkannt wurde. Menschen, die zwar Anspruch auf eine Anerkennung als schwerbehinderter Mensch hätten, aber keinen Antrag hierauf gestellt haben oder deren Antrag in Bearbeitung ist, sind somit nicht erfasst. Die Daten liegen für alle Bezirke vor und können bis hinab auf die Ebene der Planungsräume analysiert werden. Daten für Vorjahre liegen jedoch nicht in der gleichen Form vor. Bzgl. der Art der Behinderung wurde die schwerste Behinderung zugrunde gelegt.⁹⁵

Die Daten aus dem LAGeSo unterscheiden sich in mehrerlei Hinsicht von denen, die die statistischen Ämter als „Statistik der schwerbehinderten Menschen“ veröffentlichen. Die Vor- und Nachteile der beiden Statistiken werden ausführlich in Anhang 11 diskutiert, mit dem Ergebnis, dass die Daten des LAGeSo die Präsenz von Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen möglicherweise genauer darstellen als die Daten der statistischen Ämter. Darüber hinaus sind sie aktueller und kleinräumiger verfügbar; außerdem enthalten sie Angaben zu Menschen mit leichteren Behinderungen (GdB < 50).

Anhang 12 bietet einen Überblick zu Behinderungen in Pankow und Berlin insgesamt nach Arten der Behinderung. Wie der Anhang zeigt, entfallen in Pankow 23% der Behinderungen (Berlin: 22%) und 13% der Schwerbehinderungen (Berlin: 12%) auf die Kategorie „sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“. Letztere enthalten neben nicht einzuordnenden oder ungenügend bezeichneten Behinderungen auch alle Fälle, deren höchster Einzel-GdB unter 25 liegt.⁹⁶ Sie werden im Haupttext nicht weiter betrachtet. Dies bedeutet einen gewissen Informationsverlust, jedoch erscheint eine getrennte Betrachtung eher geeignet, zur Identifizierung von Handlungsfeldern beizutragen, als eine Analyse, bei der die Arten der Behinderung gemeinsam betrachtet werden. Auch auf Auswertungen, bei denen die „sonstigen“ als eigene Art der Behinderung behandelt werden, wird verzichtet, da sie nicht handlungsleitend wären.

Innerhalb der Abschnitte zu den Kategorien der Behinderung werden die Daten zunächst auf Bezirksebene analysiert, dann auf Ebene der Planungsräume (PLR). Die Analysen auf Bezirksebene beginnen mit einer Darstellung von Häufigkeiten und Raten, getrennt nach Menschen mit Schwerbehinderung und solchen mit leichteren Behinderungen. Die weiteren

⁹⁵ (Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, S. 18).

⁹⁶ Der Anteil von 13% der Menschen mit Schwerbehinderung in Pankow, die dieser Kategorie zugeordnet werden, ist keineswegs ungewöhnlich hoch. Deutschlandweit betrug der entsprechende Wert 2021 gut 19% (Statistisches Bundesamt, 2022b, S. 22, eigene Berechnungen).

Analysen beziehen sich nur noch auf Menschen mit Schwerbehinderung.⁹⁷ Hier werden Beobachtet-erwartet-Analysen durchgeführt, d. h. es wird geprüft, ob die Anteile der Menschen mit Behinderung in Pankow (und anderen Bezirken) so hoch ist, wie angesichts der bezirklichen Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. Hierzu werden sogenannte altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen errechnet. Das verwendete Analyseverfahren wird ausführlich in Kapitel 4 vorgestellt. Ausschließlich altersstandardisierte (nicht statusadjustierte) Verhältniszahlen sind Anhang 13 zu entnehmen.

Beobachtet-erwartet-Analysen wären auch auf Ebene der Planungsräume (PLR) möglich. Sie scheinen jedoch nicht sinnvoll. Denn Menschen mit Behinderungen dürften in vielen Fällen in solchen PLR wohnen, in denen es für sie geeignete Wohnmöglichkeiten gibt. Die Ergebnisse wären daher wenig aussagekräftig, wenn es um die Frage geht, welchen Einfluss das Wohnen in einem bestimmten PLR darauf haben könnte, ob Menschen eine Behinderung entwickeln. Auf solche Analysen wird daher verzichtet.

Die Analysen auf Ebene der PLR verfolgen ein ganz anderes Ziel: Sie sollen Auskunft geben darüber, an welchen Orten man mit behindertengerechter Infrastruktur besonders viele Menschen erreichen kann. Dies kann zum Beispiel bei der optimalen Platzierung von Beratungsstellen oder Anpassungen im Straßenbau hilfreich sein. Um näherungsweise darstellen zu können, ob man mit einer solchen Maßnahme in einem PLR viele oder wenige Menschen der Zielgruppe erreicht, wird die räumliche Dichte von Menschen mit Behinderungen (als Personen pro Hektar) dargestellt.⁹⁸

⁹⁷ Vor den eigentlichen Analysen wurden Variablen berechnet, denen Menschen mit Behinderung einer bestimmten Art (körperlich, geistig etc.) jedweden Grades oder nur Menschen mit Schwerbehinderung zugrunde lagen. Für eine dritte Variable wurden Fälle mit ihrem Grad der Behinderung gewichtet – so dass z. B. ein Mensch mit einem GdB von 100 einen doppelt so hohen Einfluss auf das Ergebnis eines Bezirks oder PLRs hat wie ein Mensch mit einem GdB von 50 (hierbei wurde, wie bei Mühling [2000] unterstellt, dass der Grad der Behinderung verhältnisskaliert ist). Jedoch zeigten Berechnungen, dass diese Variablen, die jeweils die gleiche Art der Behinderung darstellen, mit mindestens $r = 0.96$ (auf Ebene der PLR) bzw. $0,98$ (auf Ebene der Bezirke) korrelieren. Für das Verhältnis der Anteile verschiedener Bezirke oder PLR macht es also praktisch keinen Unterschied, welche der Arten der Berechnung man für die Darstellung einer bestimmten Art der Behinderung heranzieht. Gleiches gilt für den Zusammenhang des Anteils von Menschen mit Behinderung mit anderen Variablen. Daher werden für solche Analysen die Daten zugrunde gelegt, die sich auf Menschen beziehen, die durch ihre Behinderung in besonderem Maße belastet sind: solche mit Schwerbehinderung.

⁹⁸ Ein Hektar sind 100×100 Meter, also $0,01 \text{ km}^2$. Genutzt wurde die Variable FLAECHE des Datensatzes RBSFL (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021b).

7.3 Ergebnisse

7.3.1 Menschen mit Körperbehinderungen (ohne Sinnesbehinderungen)

7.3.1.1 Berliner Bezirke

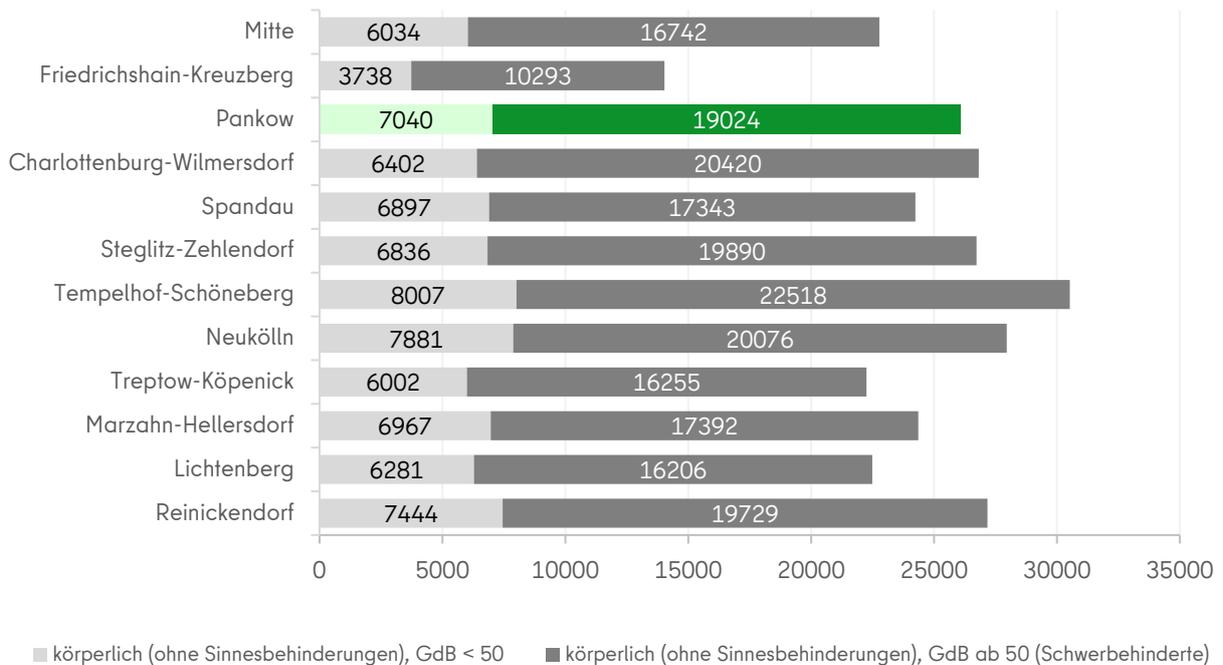


Abbildung 35: Anzahl der Menschen mit körperlicher Behinderung (ohne Sinnesbehinderung) nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023). Daten: LAGeSo, eigene Berechnungen)

Abbildung 35 zeigt die Anzahl der Menschen mit Körperbehinderungen (ohne Sinnesbehinderungen), differenziert nach leichteren und Schwerbehinderungen. In allen Bezirken sind etwa drei Viertel der körperbehinderten Menschen, die einen Grad der Behinderung (GdB) haben, schwerbehindert. In Pankow sind dies etwa 73%. Bezüglich Zahl der Menschen mit irgendeinem GdB als auch bei der Anzahl der Schwerbehinderten liegt Pankow im Berliner Mittelfeld.

Abbildung 36 stellt den prozentualen Anteil der Menschen mit anerkannten Körperbehinderungen an der Bevölkerung dar. In Pankow haben ca. 6,2% der Einwohnerinnen und Einwohner eine solche Behinderung. Damit weist Pankow den drittgünstigsten Wert (hinter Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte) auf. Das gleiche gilt für den Wert für Menschen mit Schwerbehinderung.

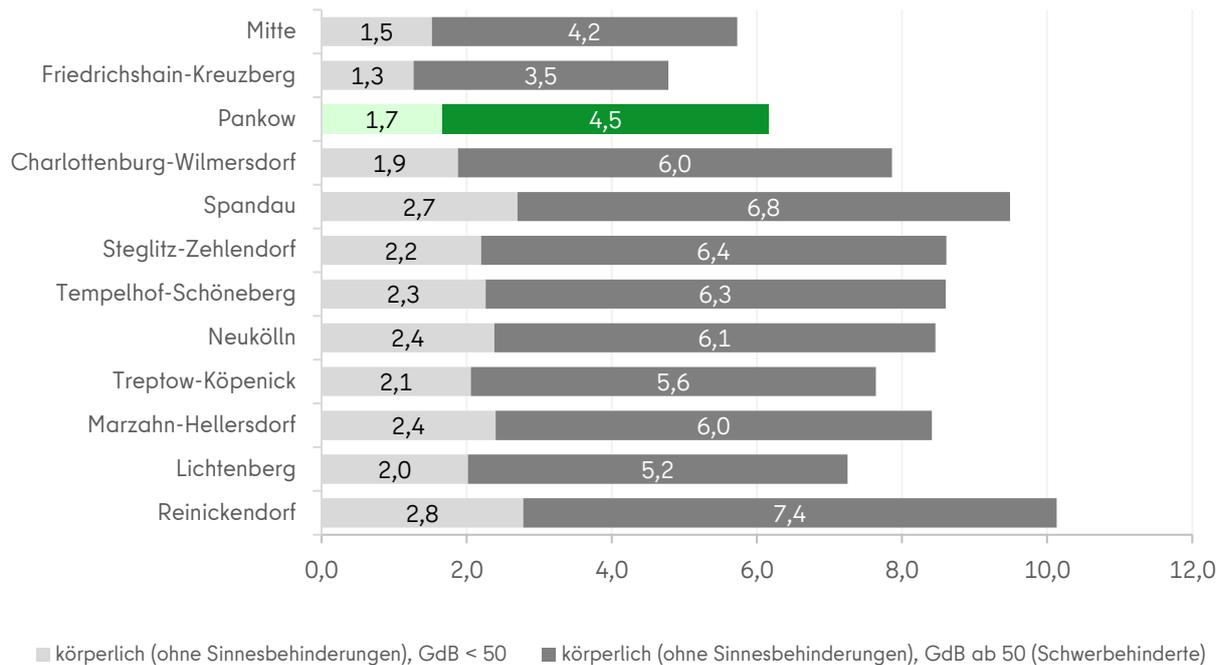


Abbildung 36: Prozentualer Anteil der Menschen mit anerkannter Körperbehinderung (ohne Sinnesbehinderungen) an der Bevölkerung nach Grad der Behinderung und Bezirk. Stand: 12.07.2023 (Menschen mit Behinderungen), 30.06.2023 (Einwohnerinnen und Einwohner). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen.

Betrachtet man die altersstandardisierten Verhältniszahlen für Schwerbehinderte mit vorwiegend körperlicher Schwerbehinderung, so zeigt sich ein starker Zusammenhang in der zu erwartenden Richtung: Der altersstandardisierte Wert ist deutlich höher in sozial schlechter gestellten Bezirken ($r = -0,88$).

In Abbildung 37 sind die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen dargestellt. Es zeigt sich, dass der Wert für Pankow auffällig höher ist als nach seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten.

Daher ist eine detailliertere Analyse sinnvoll. Tabelle 29 zeigt die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen für Pankow nach sechs Kombinationen von Alter und Geschlecht. Die Verhältniszahlen der anderen Bezirke sind hier nicht mehr dargestellt. Auffällig hohe Werte sind rötlich unterlegt, unauffällige gelblich. Hier zeigt sich, dass die Ergebnisse für die unter-65-Jährigen unauffällig sind. In den vier Kategorien, die ältere Menschen beinhalten, sind die Verhältniszahlen jedoch deutlich erhöht. Das heißt, in Pankow gibt es einen höheren Anteil älterer Menschen mit körperlicher Schwerbehinderung als angesichts von Pankows Alters- und Sozialstruktur zu erwarten.

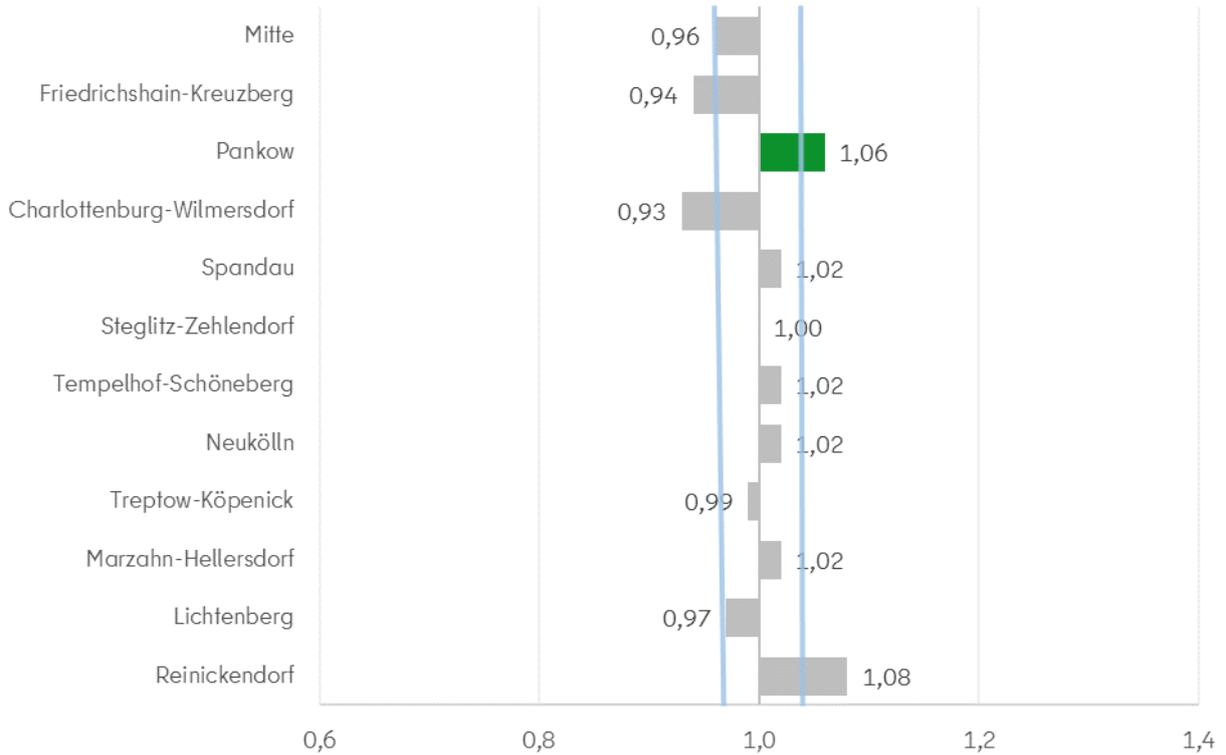


Abbildung 37: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für schwerbehinderte Menschen mit überwiegend körperlicher Behinderung (Gesamt-Gdb 50 oder mehr), nach Bezirk. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx. Datenstände: 12.07.2023 (Menschen mit Behinderungen), 30.06.2023 (Einwohnerinnen und Einwohner), Dezember 2022 (PESIx). Die Verhältniszahl für Berlin insgesamt ist definitionsgemäß genau 1. Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen.

Tabelle 29: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für den prozentualen Anteil der Menschen mit schweren Körperbehinderungen (ohne Sinnesbehinderungen) an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, nach Alter und Geschlecht, Pankow, 2023

	unter 65 Jahre	65-79 Jahre	80 Jahre und älter
männlich	1,00	1,09	1,11
weiblich	0,99	1,06	1,06

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,07 (unter 65, männlich), 0,05 (65-79, männlich), 0,06 (80 und älter, männlich), 0,09 (unter 65, weiblich), 0,04 (65-79, weiblich), 0,05 (80 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Dezember 2022. Daten: Behinderungen: LAGeSo; Bevölkerung: Amt für Statistik Berlin Brandenburg, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

7.3.1.2 Pankower Planungsräume

Abbildung 38 stellt die räumliche Dichte von Menschen mit schwerer Körperbehinderung in den Pankower Planungsräumen dar, ausgedrückt in Menschen pro Hektar (1 Hektar = 100 x 100 Meter). Hohe Werte finden sich vor allem in den PLR Michelangelostraße, Trelleborger Viertel und Arnold-Zweig-Straße. Im Norden Pankows findet man dagegen geringere Werte. Dies ist nicht überraschend, da die Bevölkerungsdichte insgesamt im Norden gering ist: Wo wenige Menschen pro Hektar leben, sind auch nicht viele Menschen mit Schwerbehinderung pro Hektar zu erwarten.

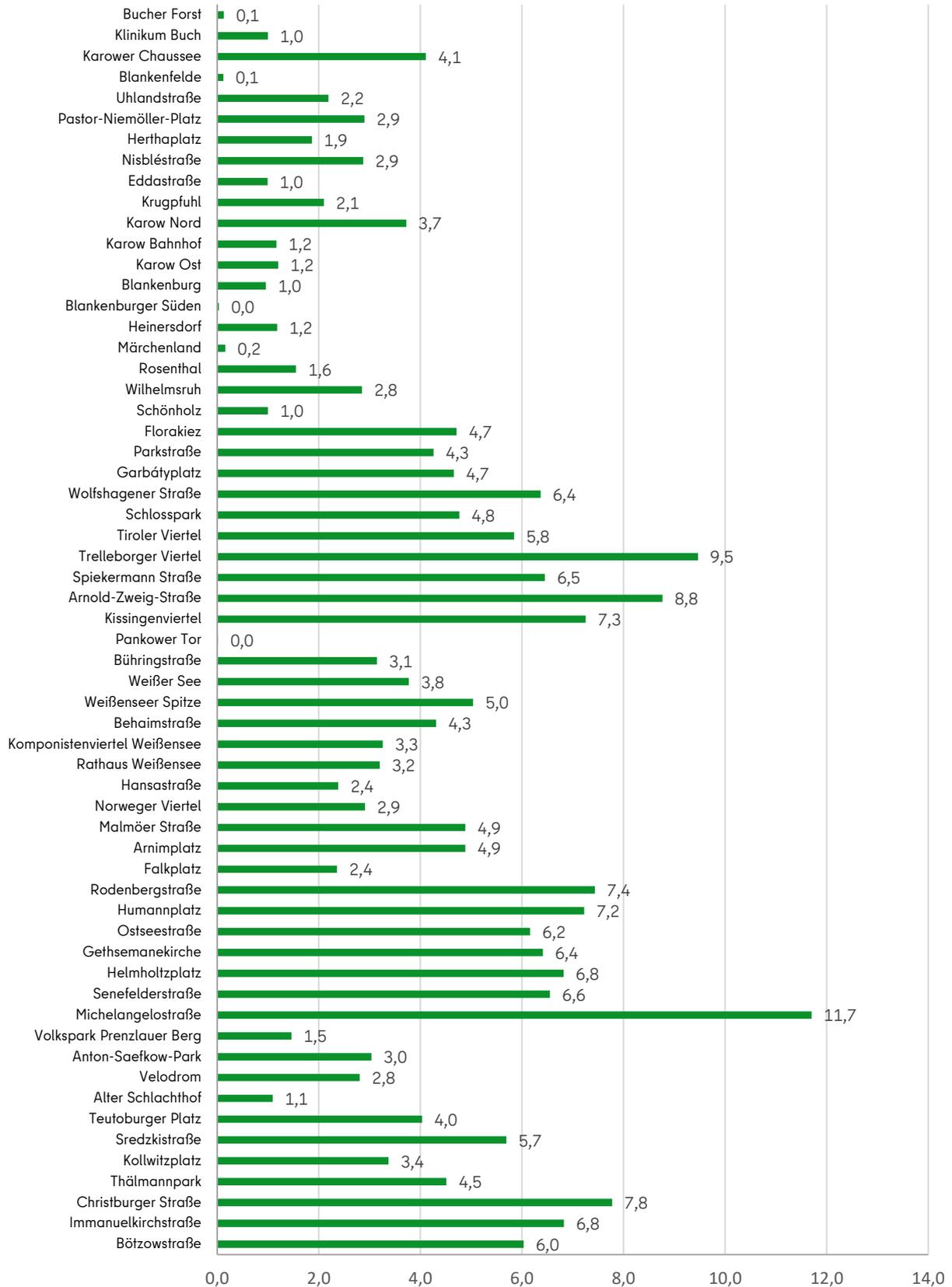


Abbildung 38: Menschen mit überwiegender körperlicher Schwerbehinderung (GdB ≥ 50) pro Hektar nach Planungsraum. Stand: 12.07.2023; Daten: LAGeSo (Menschen mit Behinderungen); RBS / SenStadtWohn, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Flächen); eigene Berechnungen.

7.3.2 Menschen mit Sinnesbehinderungen

7.3.2.1 Berliner Bezirke

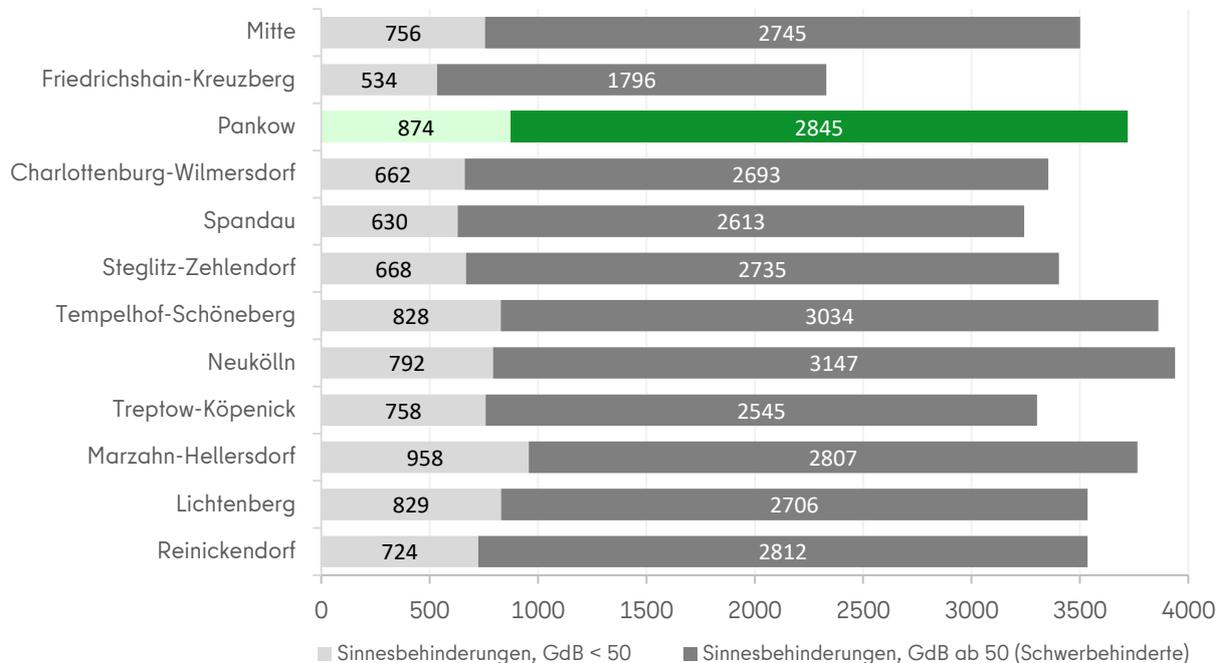


Abbildung 39: Anzahl der Menschen mit Sinnesbehinderungen nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023). Daten: LAGeSo, eigene Berechnungen

Abbildung 39 zeigt die Zahl der Menschen mit Sinnesbehinderungen, also zum Beispiel wesentlich eingeschränkter Sehfähigkeit. Diese Zahlen sind deutlich niedriger als die Zahlen der Menschen mit körperlichen Behinderungen (ohne Sinnesbehinderungen). Der Anteil der Schwerbehinderten an dieser Gruppe liegt zwischen knapp 75% (Marzahn-Hellersdorf) und knapp 81% (Spandau); in Pankow liegt er bei 76%. Drei Bezirke weisen höhere Gesamtwerte auf als Pankow.

Abbildung 40 stellt diese Daten als prozentuale Anteile an der Bevölkerung dar. Hier liegen Pankow und Mitte gleichauf; Friedrichshain-Kreuzberg weist einen günstigeren Wert auf als Pankow.

Die altersstandardisierte Verhältniszahl zeigt einen deutlichen Zusammenhang mit dem PESIx: Je günstiger der Sozialstatus eines Bezirkes, desto geringer der altersstandardisierte Anteil an Menschen mit schwerer Sinnesbehinderung ($r = -0,81$).

Durch Adjustierung für die soziale Lage im Bezirk ergeben sich die in Abbildung 41 dargestellten Werte. Wie die Abbildung zeigt, liegt das Ergebnis für Pankow über dem, was angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten ist, jedoch noch im unauffälligen Bereich.

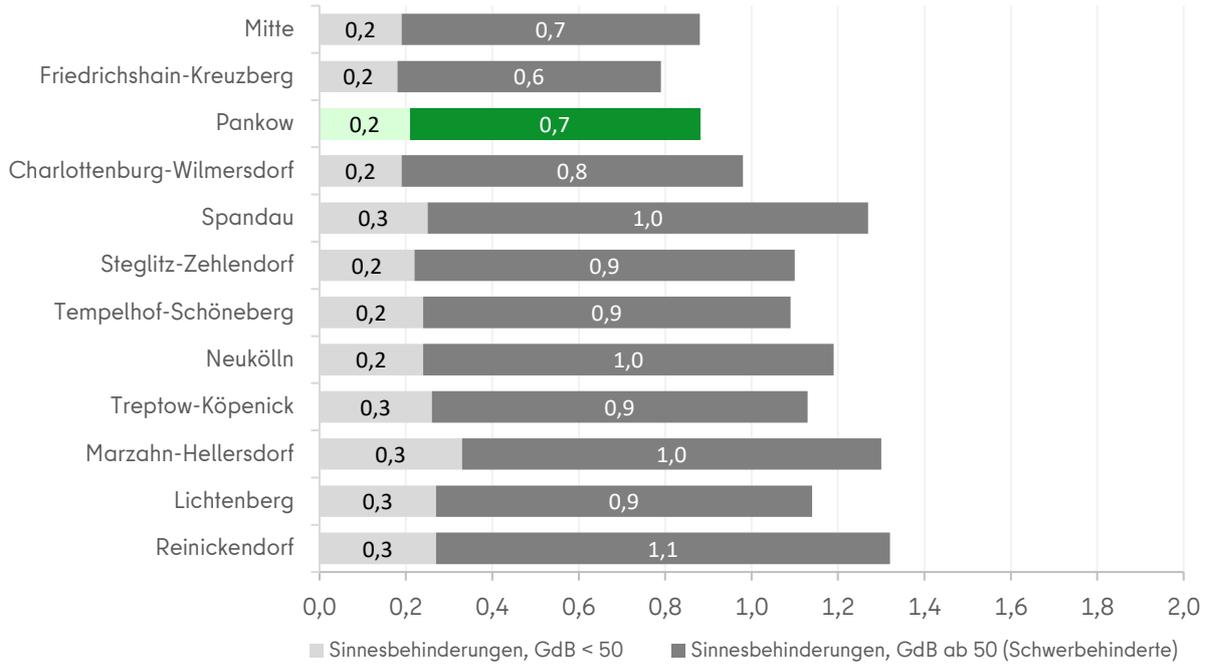


Abbildung 40: Prozentualer Anteil der Menschen mit anerkannter Sinnesbehinderung an der Bevölkerung nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023 [Menschen mit Behinderungen], 30.06.2023 [Einwohnerinnen und Einwohner]). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen.

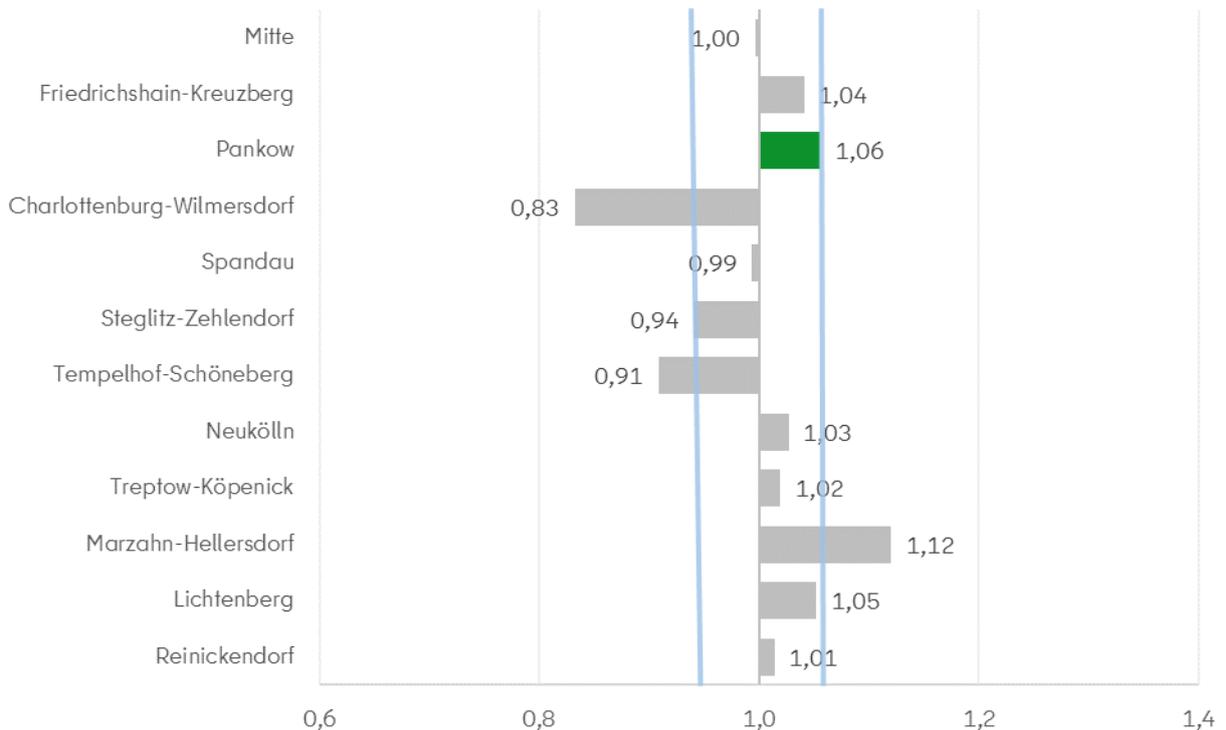


Abbildung 41: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für schwerbehinderte Menschen mit Sinnesbehinderung (GdB 50 oder mehr), nach Bezirk. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx. Datenstände: 12.07.2023 (Menschen mit Behinderungen), 30.06.2023 (Einwohnerinnen und Einwohner), Dezember 2022 (PESIx). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen. Die Verhältniszahl für Berlin insgesamt ist definitionsgemäß genau 1.

7.3.2.2 Pankower Planungsräume

Abbildung 42 zeigt die räumliche Dichte der schwerbehinderten Menschen mit überwiegender Sinnesbehinderung in Pankow. Die Werte sind deutlich niedriger als bei den Menschen mit Körperbehinderungen, doch die Verteilung ist ähnlich: Am höchsten ist die Dichte im PLR Michelangelostraße, gefolgt von den PLR Trelleborger Viertel und Arnold-Zweig-Straße. Im weniger dicht besiedelten Norden Pankows sind die Werte recht gering.

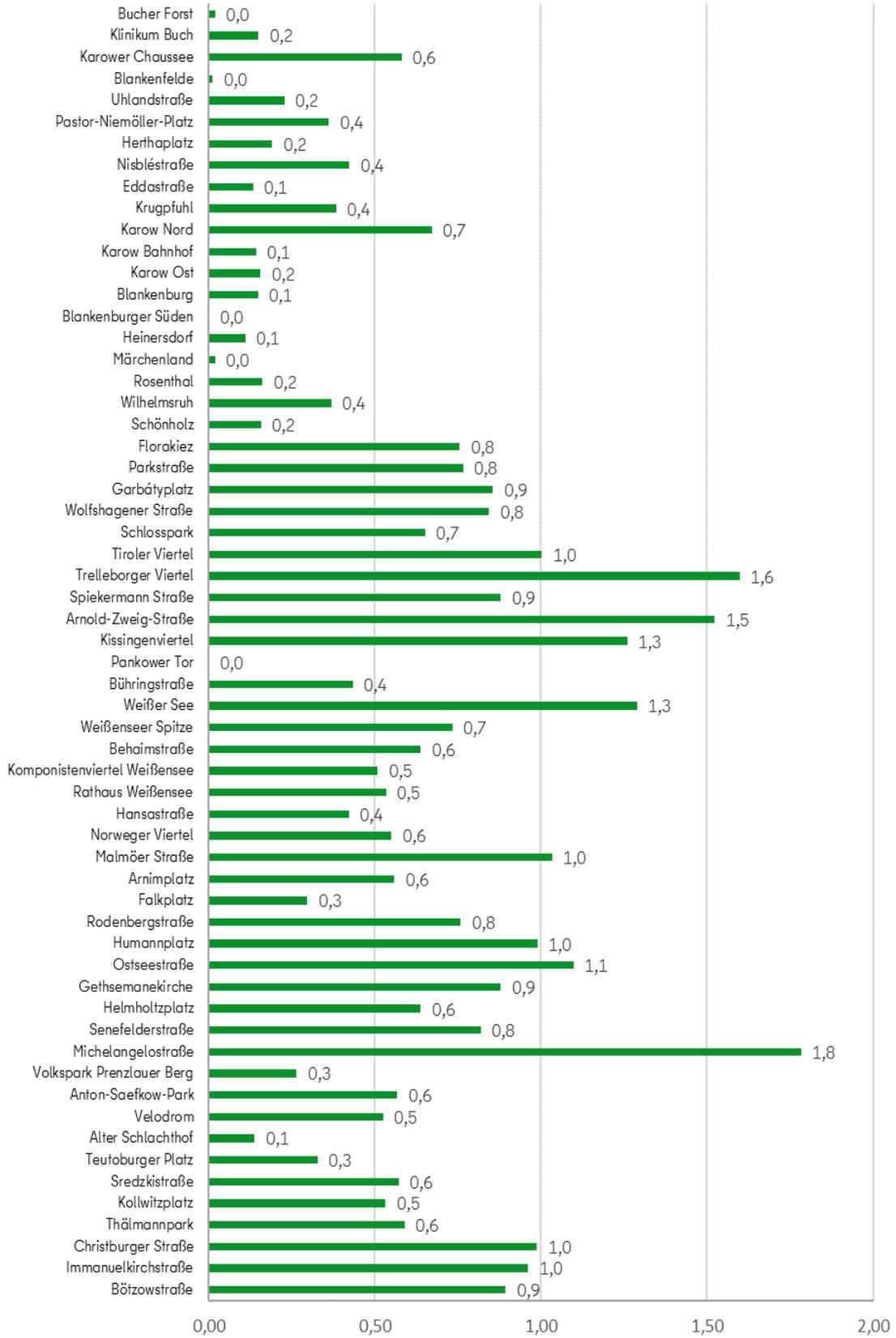


Abbildung 42: Menschen mit überwiegender Sinnesbehinderung (GdB ≥ 50) pro Hektar nach Planungsraum, Stand: 12.07.2023. Daten: LAGeSo (Menschen mit Behinderungen); RBS / SenStadtWohn, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Flächen), eigene Berechnungen.

7.4 Zusammenfassung und Diskussion

In Pankow leben viele Menschen mit Körper- und Sinnesbehinderungen. Dies erklärt sich aus dem Umstand, dass Pankow der bevölkerungsreichste Bezirk ist: Die prozentualen Anteile der Menschen mit Behinderung an der Gesamtbevölkerung liegen unter dem Berliner Durchschnitt. Für diesen Befund macht es kaum einen Unterschied, ob man nur Menschen mit Schwerbehinderung oder alle Menschen mit Behinderung betrachtet.

Bei beiden Arten der Schwerbehinderung zeigt die Analyse der Bezirksdaten einen sehr starken Zusammenhang zwischen der altersstandardisierten Verhältniszahl und dem Maß der sozialen Lage des Bezirks, dem PESIx: Beide Korrelationen liegen unter $-0,8$. Dies bedeutet, dass es eine deutliche Konzentration von Menschen mit diesen Behinderungen gibt in Bezirken, die sozial schlechter gestellt sind. Dementsprechend sind die Pankower Raten, wie erwähnt, eher niedrig.

Berücksichtigt man die soziale Lage in den Bezirken, indem man die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen für die Bezirke berechnet, ergibt sich ein anderes Bild als bei der Betrachtung der unstandardisierten Raten: Pankow liegt in beiden Kategorien über dem zu erwartenden Wert von 1, bei körperlichen Behinderungen ist diese Abweichung auffällig.

Oben war darauf hingewiesen worden, dass eine Statusadjustierung mit dem PESIx verfehlt sein kann. Dies wäre dann der Fall, wenn der statistische Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden altersstandardisierten Verhältniszahl und dem PESIx vor allem zurückzuführen ist auf eine Wirkung der Gesundheit auf den sozioökonomischen Status. Eine Wirkung der Behinderung von Menschen auf ihren sozioökonomischen Status ist durchaus anzunehmen: In Deutschland sind Menschen mit Schwerbehinderung im erwerbsfähigen Alter deutlich seltener erwerbstätig als solche ohne Schwerbehinderung.⁹⁹ Anhand britischer Daten, in denen ein solcher Unterschied ebenfalls zu beobachten ist, wurde gezeigt, dass dies vor allem auf den Einfluss der Behinderung auf die Erwerbslosigkeit zurückzuführen ist.¹⁰⁰ Dies scheint gegen die Adjustierung der Verhältniszahlen mit dem PESIx zu sprechen.

Jedoch ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass der Anteil der Menschen mit Behinderung an der Gesamtbevölkerung eines Bezirkes dominiert wird von Menschen mit Behinderung, die nicht mehr im Erwerbsalter sind: In Berlin insgesamt sind 61% aller Menschen mit Behinderung mindestens 65 Jahre alt. In dieser Altersgruppe dürfte es fast keinen Einfluss der Behinderung auf die Erwerbstätigkeit geben, weil die allermeisten dieser Menschen ohnehin (altersbedingt) nicht erwerbstätig sind.

⁹⁹ (Statistisches Bundesamt, 2021)

¹⁰⁰ (Lindenboom, Llana-Nozal, & van der Klaauw, 2016)

Insgesamt kann man also davon ausgehen, dass der statistische Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status der Bezirke und den (altersstandardisierten) Raten der Behinderung zu deutlich weniger als der Hälfte auf einen Einfluss der Raten der Behinderung auf den sozioökonomischen Status zurückzuführen ist. Daraus folgt, dass die Adjustierung mit dem PESIx, verglichen mit dem Verzicht auf eine solche Adjustierung, das geringere Übel ist.

Um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass eine solche Adjustierung eine gewisse Überkorrektur darstellt, werden in Anhang 13 die altersstandardisierten (aber nicht zusätzlich adjustierten) Verhältniszahlen präsentiert. Die Zahlen für schwere Körper- und Sinnesbehinderungen liegen beide im unauffälligen Bereich. Jedoch scheint es aus den genannten Gründen angemessen, die Interpretation vor allem auf Verhältniszahlen zu stützen, die nicht nur altersstandardisiert, sondern auch statusadjustiert sind.

Umgekehrt ist es auch denkbar, dass die Adjustierung mit dem PESIx nicht weit genug geht. Wie bereits in Abschnitt 3.2 diskutiert, sind Maße der Bildung und des Berufsprestiges im PESIx nicht enthalten, und der ökonomische Aspekt wird nur über Indikatoren von Armut abgebildet.

Hinzu kommt, dass der PESIx nur die gegenwärtige soziale Lage abbildet. Behinderungen können die Konsequenz von Schädigungen sein, die sich über Jahre hinweg aufbauen. Es ist möglich, dass sich die teils ungünstigen Ergebnisse für Pankow teilweise aus solchen langjährigen Einflüssen erklären, die über das verwendete Maß der gegenwärtigen Sozialstruktur nicht vollständig herausgerechnet werden können. Insbesondere ist es denkbar, dass die Pankower Zahlen dadurch zu erklären sind, dass der Bezirk vollständig auf dem Gebiet des ehemaligen Ost-Berlin liegt. Ehemalige Bürgerinnen und Bürger der DDR könnten gesundheitlich benachteiligt sein, weil die Gesundheitsversorgung im Osten der im Westen unterlegen war oder weil die krisenhafte Transformation nach der Wiedervereinigung langfristige negative Gesundheitsfolgen nach sich gezogen hat.¹⁰¹ Falls diese Vermutung richtig ist, sollten auch andere Bezirke im ehemaligen Ost-Berlin hohe altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen aufweisen. Eine solche Tendenz ist bei den Sinnesbehinderungen zu erkennen (Abbildung 41), bei der fast sieben Mal so häufigen Körperbehinderungen jedoch nicht (Abbildung 37). Den höchsten altersstandardisierten und statusadjustierten Wert in der am stärksten besetzten Kategorie – körperliche Behinderungen – weist Reinickendorf auf. Auch ein Blick auf die Verteilung von Menschen mit Schwerbehinderung auf alte und neue Bundesländer in deutschlandweiten Daten gibt keinen Anlass zu der Vermutung, dass es langfristige Auswirkungen des Lebens in der DDR oder der Krise nach der Wiedervereinigung gab: Zwar sind die Raten der Menschen mit Behinderung in den neuen Ländern insgesamt etwa 1,12-mal so hoch wie die im Westen, doch scheint dies keine gesundheitliche Benachteiligung ehemaliger Bürgerinnen und Bürger der DDR

¹⁰¹ (Grigoriev, Pechholdová, Scholz, & Klüsener, 2021)

widerzuspiegeln. Gäbe es diese, so wären höhere Raten im Osten vor allem bei älteren Menschen zu erwarten. Es ist jedoch das Gegenteil der Fall: Bei den ab-55-Jährigen sind die Raten im Osten geringer als die im Westen.¹⁰² Der Status Pankows als ehemaliger Teil Ost-Berlins hat also wohl keinen nennenswerten Einfluss auf seine relativ hohen Werte bei der Schwerbehinderung.

In Abschnitt 7.2 war dargelegt worden, warum die Kennzahlen zur Präsenz von Menschen mit Behinderung nicht auf Ebene der Planungsräume in Verbindung gesetzt werden zum sozioökonomischen Status der Bezirke: Menschen mit Schwerbehinderung dürften überwiegend da wohnen, wo es behindertengerechte Wohnungen gibt, weshalb eine Analyse zum Zusammenhang der sozioökonomischen Lage von Planungsräumen wenig sinnvoll erschien. Es ist denkbar, dass sich so auch Unterschiede zwischen den Bezirken erklären lassen. Sollte es in Pankow relativ viele Wohnungen für Menschen mit Behinderungen geben, so könnte dies die relativ hohen Anteile von Menschen mit Behinderungen erklären – ohne dass das Leben in Pankow einen nennenswerten Effekt hätte auf die Wahrscheinlichkeit, eine Behinderung zu entwickeln. Da keine Daten zur Verteilung von behindertengerechtem Wohnraum zwischen den Bezirken vorliegen, ist diese Erklärung spekulativ.

Schließlich ist es möglich, dass die Bedingungen in Pankow die Entstehung von Behinderungen begünstigen. Die Daten geben jedoch keine Auskunft darüber, welche Bedingungen dies sein könnten.

Festzuhalten bleibt, dass nach Berücksichtigung der bezirklichen Alters- und Sozialstrukturen Pankow erhöhte Werte aufweist und der Wert in der größeren Kategorie – körperliche Schwerbehinderungen – auch auffällig ist. Solche Ergebnisse sind üblicherweise als Hinweise darauf zu werten, dass es Verbesserungspotentiale gibt. Behinderungen sind in der Regel nicht rückgängig zu machen, so dass nicht zu erwarten ist, dass durch bezirkliche Maßnahmen Menschen mit Behinderungen in die Lage versetzt werden, den Status als Mensch mit Behinderung zu verlassen. Die Ergebnisse können jedoch als Hinweis darauf gewertet werden, dass die Verhinderung neuer körperlicher Schwerbehinderungen (bei Menschen, die im Moment nicht schwerbehindert sind) ein wesentliches Handlungsfeld sein kann.

Eine andere Frage ist es, wie auf bestehende Behinderungen bezirklicherseits reagiert werden kann. Eine pauschale Antwort ist hier unangebracht, da verschiedene Arten der Behinderung verschiedene Maßnahmen verlangen. Die Darstellungen zur räumlichen Konzentration von Menschen mit Behinderungen in den Pankower Planungsräumen können jedoch helfen, die Frage zu beantworten, wo solche Maßnahmen vorgenommen werden sollten, um möglichst viele der Betroffenen zu erreichen. Dies kann z. B. bei der Auswahl zwischen verschiedenen potentiellen Orten für straßenbauliche Maßnahmen oder für die Platzierung von Beratungsstellen hilfreich sein.

¹⁰² (Statistisches Bundesamt, 2022b [Stichtag 31.12.2021], Tab. 3.2, 3.3, eigene Berechnungen)

8 Pflegebedürftigkeit

8.1 Einleitung

Ein Indikator für dauerhafte Einschränkungen der Gesundheit ist die Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB XI.

Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wurde zum 1. Januar 2017 neu gefasst. Demnach gelten Menschen als pflegebedürftig, wenn sie dauerhaft – d. h. voraussichtlich für mindestens 6 Monate – „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“¹⁰³. Berücksichtigt werden hierbei Beeinträchtigungen in den folgenden Bereichen:¹⁰⁴

- Mobilität, z. B. Beeinträchtigungen beim Treppe steigen
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten, z. B. Einschränkungen des Erinnerns an wesentliche Ereignisse
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, z. B. Umherwandern
- Selbstversorgung, z. B. eingeschränkte Fähigkeit, sich zu waschen
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen, z. B. Beeinträchtigungen bei der selbständigen Einnahme von Medikamenten
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte, z. B. Beeinträchtigungen bei der Gestaltung des Tagesablaufs

In dieser Weise eingeschränkte Personen können auf Antrag und nach Begutachtung einen der Pflegegrade 1 bis 5 erhalten, wobei höhere Zahlen eine stärkere Beeinträchtigung anzeigen. Bis 2016 waren Pflegebedürftige dagegen in eine der Pflegestufen I bis III eingestuft. Die gleichen Personen können sowohl einen Pflegegrad als auch einen Grad der Behinderung haben. Wie viele Personen in den im vorliegenden Bericht dargestellten Daten sowohl als Menschen mit Behinderung (Kapitel 7) als auch als Pflegebedürftige (Kapitel 8) abgebildet werden, ist unklar.¹⁰⁵

¹⁰³ § 14 (1) SGB XI

¹⁰⁴ (Schwinger & Tsiasioti, 2018, S. 173-174)

¹⁰⁵ Vergleicht man die Definitionen von Pflegebedürftigkeit und Behinderung, so fallen Ähnlichkeiten auf. Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Menschen, wenn sie voraussichtlich für mindestens 6 Monate „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 (1) SGB XI). Menschen mit Behinderung haben per Definitionem „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen [...], die sie [...] an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 3 (1) SGB IX). Die selben Personen können Leistungen sowohl der Eingliederungshilfe (Behinderung) als auch der Pflegeversicherung beziehen (Helbig & Latteck, 2022, S. 108). Hierdurch kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten auch bzgl. konkreter Leistungen kommen; das diesbezügliche Vorgehen

Als Indikator für gesundheitlich bedingte Einschränkungen sind Daten zur Pflegebedürftigkeit limitiert, da nur solche Personen in der Statistik auftauchen können, die einen Pflegeantrag gestellt hatten. Aus diesem Grund sind manche Menschen, die tatsächlich eingeschränkt sind und deshalb eigentlich einen Anspruch auf einen Pflegegrad hätten, in der Statistik nicht enthalten.¹⁰⁶ Dies betrifft vermutlich vor allem Menschen, deren Einschränkung nicht allzu stark ist.

8.2 Daten und Analysen

Für die Berliner Bezirke (nicht jedoch für kleinräumigere Ebenen) liegen aus den Veröffentlichungen der statistischen Ämter („Pflegestatistik“) Daten zur Pflegebedürftigkeit mit den Ständen 15. Dezember 2017, 2019 und 2021 vor. Der Vergleich mit Daten früherer Jahre ist nicht sinnvoll, weil es nach der Umstellung auf den neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff zum 1. Januar 2017 bundesweit¹⁰⁷ und auch in Berlin¹⁰⁸ zu einem sprunghaften Anstieg der Pflegebedürftigenzahlen kam. Auf Bezirksebene liegen lediglich Zahlen zu denjenigen Pflegebedürftigen vor, die stationär in Pflegeheimen oder ambulant zu Hause von Pflegediensten versorgt werden. Daher gibt es im vorliegenden Kapitel keine Analysen zu Pflegebedürftigen, die ausschließlich Pflegegeld beziehen, also ausschließlich von Privatleuten gepflegt werden. Dies waren 2021 berlinweit 51% der Pflegebedürftigen mit anerkanntem Pflegegrad nach SGB XI. In dieser Gruppe sind die Pflegegrade 2 und 3 über- und die Pflegegrade 1, 4 und 5 unterrepräsentiert.¹⁰⁹

Ob die Zahl der in Pankow in Heimen oder durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen so sind, wie angesichts seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten, könnte durch eine Beobachtet-erwartet-Analyse geprüft werden. Diese Art der Analyse wird ausführlich in Kapitel 4 vorgestellt. Eine solche Analyse scheint jedoch nur für die durch ambulante Dienste Versorgten sinnvoll: Wenn in einem Bezirk die Zahl der vollstationär Versorgten Pflegebedürftigen besonders hoch ist, so wäre es verfehlt hieraus abzuleiten, dass das Risiko, so schwer pflegebedürftig zu werden, dass man im Heim versorgt werden muss, in diesem Bezirk besonders hoch sei. Denn stationär versorgte Pflegebedürftige werden in der Statistik denjenigen Bezirken zugerechnet, in denen sie zum Stichtag gemeldet sind. Gemeldet sind sie, wenn sie vollstationär

ist gesetzlich geregelt (Fix, 2017; Krupp & Hielscher, 2019, S. 65-70). Datenbasierten Schätzungen zufolge bezog Ende der 2010er Jahre bundesweit ca. ein Fünftel der Menschen, die Eingliederungshilfe erhielten, auch Leistungen aus der Pflegeversicherung (Rothgang, Schmid, Maaß, Preuß, & Wagner, 2019, S. 115). Zur Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass nur ein kleiner Teil der Schwerbehinderten Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht: Mit Stand 31.12.2021 waren es 12% in Berlin und 15% in Pankow (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022b; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022c).

¹⁰⁶ (Menning & Hoffmann, 2009, S. 72-73; Weick, 2006)

¹⁰⁷ (Statistisches Bundesamt, 2020b, S. 46)

¹⁰⁸ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 22)

¹⁰⁹ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 27)

versorgt werden, in der Regel an der Adresse des Pflegeheims. Wie viele stationär betreute Pflegebedürftige in einem Bezirk leben, ist daher eine Funktion der zur Verfügung stehenden Pflegeplätze. Diese Sicht wird gestützt durch den Befund, dass die Zahl der in den Bezirken stationär versorgten Pflegebedürftigen und der dort vorhandenen Plätze in Pflegeheimen mit $r = 0,99$ korreliert; die Auslastung beträgt berlinweit gut 93% (Stichtag 15.12.2021).¹¹⁰ Zwar wünschen Pflegebedürftige häufig einen Heimplatz in der Nähe des bisherigen Wohnorts – doch Plätze in Pflegeheimen sind schwierig zu finden. Deshalb dürften an der Adresse von Pankower Pflegeheimen viele Menschen gemeldet sein, die vorher in anderen Bezirken oder außerhalb Berlins ansässig waren und umgekehrt. Die Zahlen zu stationär versorgten Pflegebedürftigen sind daher wenig aussagekräftig, wenn es um die Frage geht, welchen Einfluss das Wohnen in Pankow darauf haben könnte, ob Menschen pflegebedürftig werden.

Interessanter sind in dieser Hinsicht die Daten zu Personen, die in ihrer eigenen Wohnung von Pflegediensten versorgt werden. Für diese wird daher eine Beobachtet-erwartet-Analyse durchgeführt. Nur kurz dargestellt werden im vorliegenden Bericht außerdem die kleine Gruppe der Pflegebedürftigen, die Hilfe zur Pflege nach SGB XII erhalten.¹¹¹

8.3 Ergebnisse

8.3.1 Pflegebedürftige nach SGB XI

Im linken oberen Teil von Abbildung 43 ist zu sehen, dass die Zahl der in Pankow von ambulanten Diensten betreuten Pflegebedürftigen zwischen 2017 und 2021 um knapp 300 Personen (8,6%) angestiegen ist. Dieser Anstieg der absoluten Zahlen liegt sowohl unter dem Berliner Trend (+ 20,3%)¹¹² als auch der Entwicklung in Deutschland insgesamt (+ 26,1%)¹¹³. Im prozentualen Anteil dieser Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung spiegelt sich der (ohnehin relativ geringe) Anstieg der absoluten Zahlen in Pankow aufgrund des Bevölkerungszuwachses kaum wider (Abbildung 43, links unten). Die Veränderungen bei den stationär (in Heimen) betreuten Pflegebedürftigen sind in Pankow wie in Berlin vernachlässigbar. Bundesweit ist die Anzahl dieser Pflegebedürftigen sogar um ca. 3% zurückgegangen.¹¹⁴ Dies könnte eine Auswirkung der Corona-Pandemie sein, die alte und pflegebedürftige Menschen besonders hart getroffen hat.

¹¹⁰ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 35, 53, eigene Berechnungen)

¹¹¹ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 38-39)

¹¹² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018b; 2020; 2022d, eigene Berechnungen)

¹¹³ (Statistisches Bundesamt, 2023d, eigene Berechnungen)

¹¹⁴ (Statistisches Bundesamt, 2023d, eigene Berechnungen)

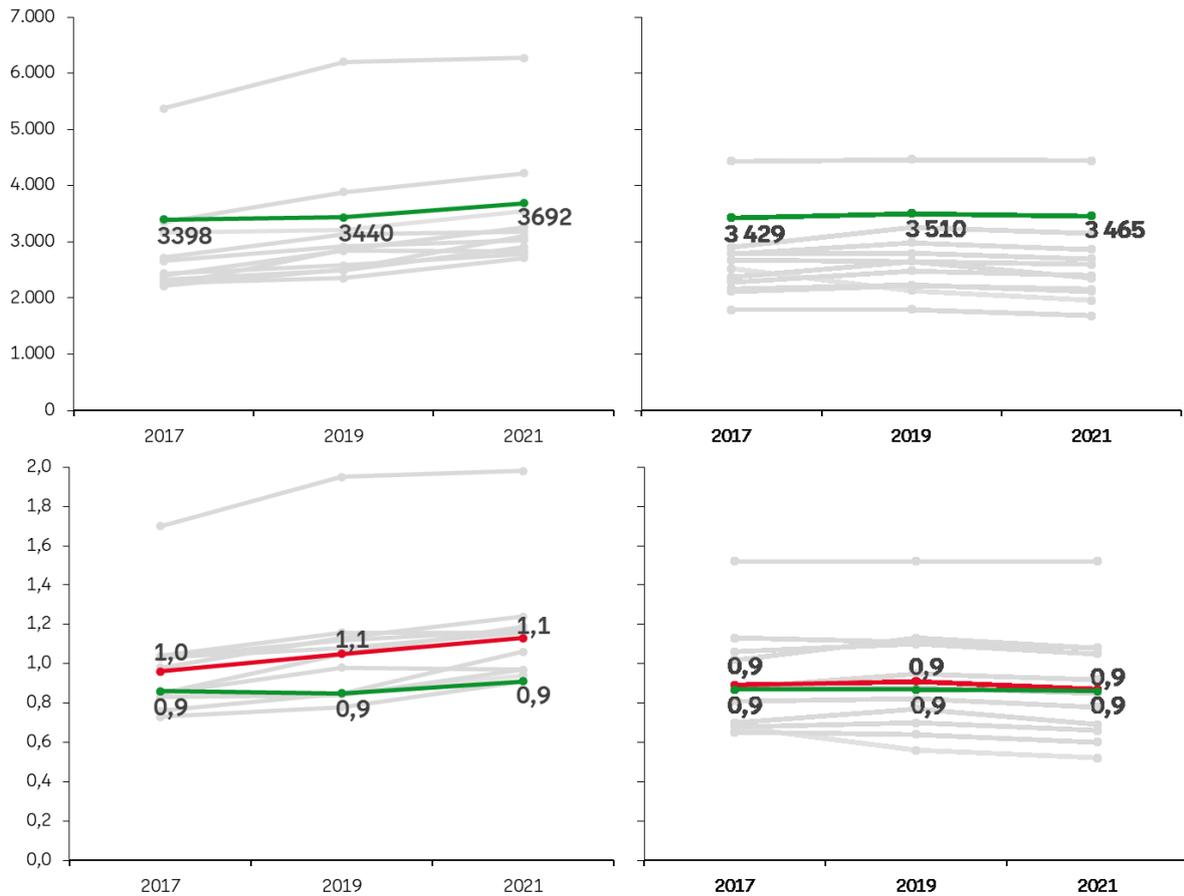


Abbildung 43: Entwicklung der Anzahl (oben) und des prozentualen Anteils (unten) der Pflegebedürftigen, die von ambulanten Diensten (links) oder dauerhaft in Heimen (rechts) betreut werden, laut Pflegestatistik der Statistischen Ämter, nach Bezirken, 2017-2021 (Stichtag jeweils 15.12.). Rot: Berlin gesamt, grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Bei den Häufigkeiten sind die Berliner Werte nicht dargestellt, um die Darstellung lesbar zu halten. Besonders hohe Werte sind zu beobachten für Charlottenburg-Wilmersdorf (ambulant, links) bzw. Steglitz-Zehlendorf (stationär, rechts). Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2018b; 2020; 2022b), eigene Berechnungen.

Sowohl bei den durch ambulante Dienste als auch den vollstationär in Heimen versorgten Pflegebedürftigen liegt Pankow bei den absoluten Zahlen im oberen Bereich. Dagegen ist die Zahl der ambulant Versorgten relativ zur Bevölkerung gering, bei den vollstationär Versorgten liegt sie im mittleren Bereich. Auffällig sind insbesondere die hohen Zahlen für Charlottenburg-Wilmersdorf bei den ambulant Versorgten und in geringerem Maße die für Steglitz-Zehlendorf bei den stationär Versorgten.

Tabelle 30 zeigt neben der Anzahl der Pflegebedürftigen, die durch ambulante Dienste versorgt werden, wie sich diese Fälle auf die verschiedenen Pflegegrade (PG) verteilen. Hier fällt auf, wie ähnlich sich die Bezirke in dieser Hinsicht sind: Überall dominieren Pflegebedürftige mit den Graden 2 und 3.

Tabelle 30: Anzahl der durch ambulante Dienste versorgten Pflegebedürftigen, nach Bezirk und Berlin gesamt, 15.12.2021 (Pflegestatistik der Statistischen Ämter) und prozentualer Anteil der Personen mit verschiedenen Pflegegraden (PG) an dieser Gruppe innerhalb des jeweiligen Bezirks bzw. Berlin gesamt

	alle PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Mitte	3.543	10%	46%	27%	12%	5%
Friedrichshain-Kreuzberg	2.710	8%	43%	29%	15%	6%
Pankow	3.692	6%	45%	32%	12%	4%
Charlottenburg-Wilmersdorf	6.275	9%	40%	30%	16%	5%
Spandau	2.786	6%	45%	30%	14%	4%
Steglitz-Zehlendorf	3.100	6%	41%	32%	15%	6%
Tempelhof-Schöneberg	4.228	6%	47%	29%	13%	4%
Neukölln	2.914	9%	45%	29%	13%	4%
Treptow-Köpenick	3.263	9%	51%	28%	9%	2%
Marzahn-Hellersdorf	3.190	6%	43%	32%	14%	5%
Lichtenberg	2.829	7%	45%	30%	13%	5%
Reinickendorf	3.033	5%	45%	30%	14%	5%
Berlin gesamt	41.563	7%	44%	30%	14%	5%

Abkürzung: PG: Pflegegrad. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b), eigene Berechnungen.

Tabelle 31: Anzahl der in vollstationären Einrichtungen (Heimen) versorgten Pflegebedürftigen, nach Bezirk und Berlin gesamt, 15.12.2021 (Pflegestatistik der Statistischen Ämter) und prozentualer Anteil der Personen mit verschiedenen Pflegegraden (PG) an dieser Gruppe innerhalb des jeweiligen Bezirks bzw. Berlin gesamt

	alle PG	PG 1	PG 2	PG 3	PG 4	PG 5
Mitte	1.961	0%	27%	37%	25%	10%
Friedrichshain-Kreuzberg	1.683	1%	27%	35%	28%	10%
Pankow	3.465	1%	26%	37%	26%	11%
Charlottenburg-Wilmersdorf	2.699	1%	26%	37%	26%	10%
Spandau	2.598	0%	24%	38%	27%	11%
Steglitz-Zehlendorf	4.449	1%	23%	36%	27%	12%
Tempelhof-Schöneberg	2.357	1%	27%	36%	24%	11%
Neukölln	2.119	0%	31%	39%	22%	8%
Treptow-Köpenick	2.868	1%	27%	38%	27%	8%
Marzahn-Hellersdorf	2.156	0%	22%	37%	28%	12%
Lichtenberg	3.159	0%	30%	39%	23%	8%
Reinickendorf	2.403	0%	25%	38%	28%	9%
Berlin gesamt	31.917	1%	26%	37%	26%	10%

Abkürzung: PG: Pflegegrad. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b), eigene Berechnungen.

Tabelle 31 zeigt die gleichen Berechnungen für Menschen, die in vollstationären Einrichtungen versorgt werden. Auch hier zeigt sich, dass die Verteilung in allen Bezirken sehr ähnlich ist. Gegenüber der Verteilung in Tabelle 30 ist die Verteilung in Tabelle 31 sozusagen nach rechts (zu höheren Pflegegraden) hin verschoben: Am häufigsten ist hier der Pflegegrad 3; etwa gleich viele Pflegebedürftige entfallen auf die Grade 2 und 4; der Grad 5 ist deutlich stärker, der Grad 1 deutlich schwächer besetzt als bei den ambulant Versorgten. Dies ist nicht überraschend, da eine

Versorgung in den eigenen vier Wänden immer schwieriger wird, je stärker die Einschränkungen der zu versorgenden Person sind.

Die altersstandardisierten (noch nicht weiter adjustierten) Verhältniszahlen für die Anzahl der ambulant durch Dienste versorgten Pflegebedürftigen ergeben ein ungewöhnliches Bild, das jedoch nach den oben dargestellten Ergebnissen (Abbildung 43, Tabelle 30) nicht mehr allzu überraschend ist: Dominiert werden die Ergebnisse durch den Umstand, dass die altersstandardisierte Verhältniszahl für Charlottenburg-Wilmersdorf 1,71 beträgt. Pankow weist mit 0,81 ein eher günstiges Ergebnis auf, das jedoch noch im unauffälligen Bereich liegt (Abbildung 44).

Der Erwerbs- und Sozialstatus in den Bezirken, gemessen mit dem PESIx, trägt fast nichts zur Erklärung der altersstandardisierten Verhältniszahlen bei: Die Korrelation liegt nahe Null ($r = 0,05$). Die geringe Korrelation ist nicht auf den außergewöhnlich hohen Wert für Charlottenburg-Wilmersdorf zurückzuführen: Wenn man diesen Bezirk aus der Betrachtung ausschließt, ändert sich das Ergebnis nicht wesentlich ($r = 0,06$). Auf eine Adjustierung kann deshalb verzichtet werden, da sie keinen nennenswerten Unterschied machen würde. Die beste Maßzahl dafür, ob die Zahl der von ambulanten Diensten in Pankow versorgten Menschen auffällig ist, ist die altersstandardisierte Verhältniszahl, die in Abbildung 44 dargestellt ist. Diese ist deutlich geringer als 1, jedoch noch nicht als auffällig zu werten.¹¹⁵

¹¹⁵ Es wurde auch eine alternative Spezifikation mit dem Anteil der über 80-Jährigen türkeistämmigen Menschen erwogen. Hintergrund ist, dass die Neigung, bei Pflegebedürftigkeit professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen, bei türkeistämmigen Personen eher geringer ausgeprägt ist als bei solchen ohne Migrationshintergrund (Tezcan-Güntekin, Yilmaz-Aslan, & Erdogdu, S. 19-20; Thum, et al., 2015, S. 38). Zwar bezieht sich dies insbesondere auf stationäre Einrichtungen, könnte aber, vielleicht in eingeschränktem Maße, auch für ambulante Dienste gelten. Deshalb wurde geprüft, ob die altersstandardisierte Verhältniszahl ambulant versorgter Pflegebedürftiger dort besonders niedrig ist, wo viele Menschen mit türkischem Migrationshintergrund ab 80 Jahren leben. Der Zusammenhang ist jedoch so schwach ($r = -0,15$), dass auf eine Adjustierung verzichtet wurde, zumal der Gedanke, der dieser Adjustierung zugrunde liegt, eher spekulativ ist.

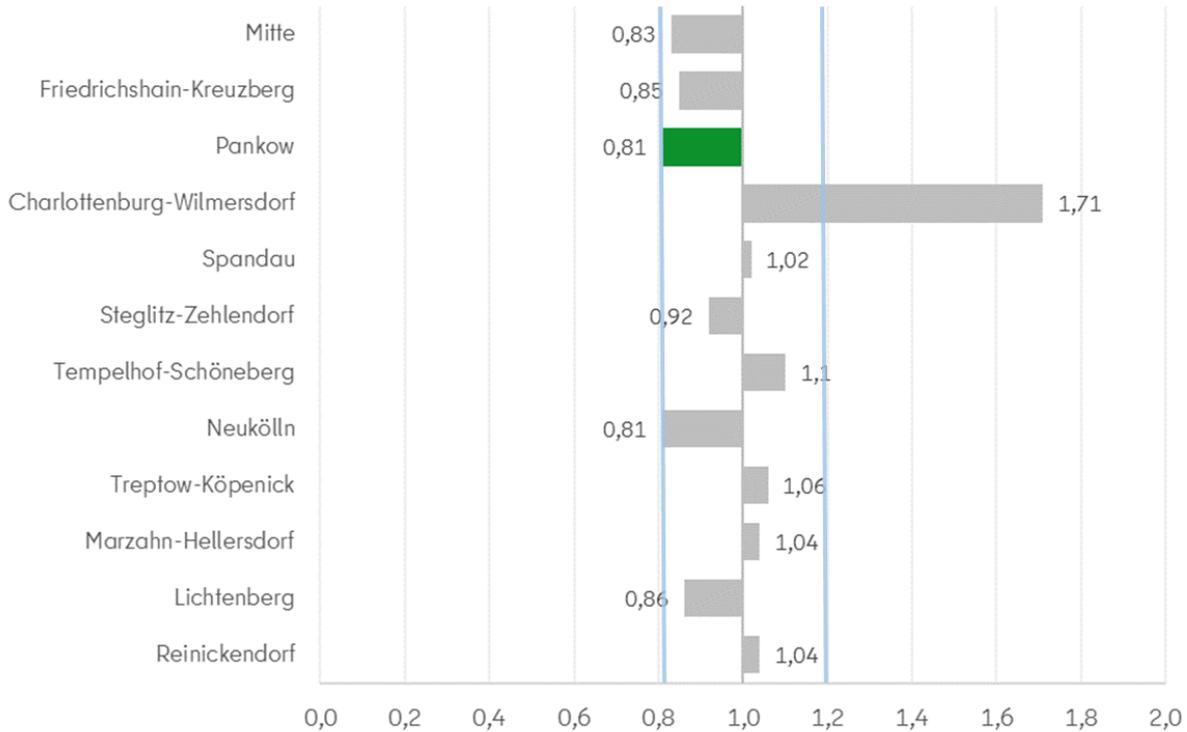


Abbildung 44: Altersstandardisierte (nicht weiter adjustierte) Verhältniszahl der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen, nach Bezirken, Dezember 2021. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, eigene Berechnungen.

8.3.2 Pflegebedürftige mit Hilfe zur Pflege nach SGB XII

In Berlin erhielten zum Stichtag 31. Dezember 2021 23.320 Menschen Hilfe zur Pflege. Dies sind in der Regel Personen, die in Pflegeheimen wohnen und den Eigenanteil für diese Leistung nicht vollständig selbst aufbringen können. Hilfe zur Pflege ohne gleichzeitige Leistungen nach SGB XI wird in der Regel dann gezahlt, wenn ein Hilfebedarf von weniger als 6 Monaten zu erwarten ist oder die Person nicht pflegeversichert ist.¹¹⁶

In Pankow gab es am Stichtag 2.145 Menschen, die Hilfe zur Pflege erhielten. Dies entspricht 0,5% der Bevölkerung. Damit liegt Pankow unter dem Wert für Berlin insgesamt (0,6%).

8.4 Zusammenfassung und Diskussion

Die Zahl der von ambulanten Diensten oder stationären Einrichtungen versorgten Pankowerinnen und Pankower liegt nach allen Analysen, die hier dargestellt wurden, im unauffälligen Bereich. Auch die Verteilung der Pflegebedürftigen auf Pflegegrade ist der in anderen Bezirken sehr ähnlich.

¹¹⁶ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 40)

Aufgrund der Datenlage kann nichts gesagt werden zu Pflegebedürftigen, die ausschließlich von Privatpersonen gepflegt werden. Diese machen berlinweit gut die Hälfte der Pflegebedürftigen aus.

Die Ergebnisse sind also, im Vergleich zu anderen Bezirken, unauffällig und weisen in diesem Sinne nicht auf einen besonderen Handlungsbedarf hin. Nichtsdestoweniger wird die Sicherstellung der Pflege in Pankow (wie auch in anderen Bezirken) aufgrund der Alterung der Gesellschaft ein Thema sein, dessen Relevanz in Zukunft eher zunehmen dürfte.

9 Psychische akute Erkrankungen und Behandlungsfälle

9.1 Einleitung

Daten zu akuten psychischen Erkrankungen liegen aus zwei Quellen vor: Erstens Analysen zu Krankschreibungen, mit denen sozialversicherungspflichtig Beschäftigte sowie ALG-I-Empfängerinnen und -empfängern die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit bescheinigt wird. Zweitens Daten zu Behandlungsfällen in Krankenhäusern. Beide Datensätze unterscheiden die Angaben nach Krankheitsarten (ICD-Kapiteln¹¹⁷), enthalten Angaben auf Ebene der Bezirke (aber nicht darunter) und enden mit dem Berichtsjahr 2021.

Nach einer Kurzbeschreibung der Daten werden zunächst Analysen zu psychischen Erkrankungen insgesamt dargestellt. Nur für psychische Erkrankungen insgesamt liegen Daten zu den Arbeitsunfähigkeiten vor. Für die psychischen Erkrankungen insgesamt werden dementsprechend Ergebnisse zu Krankenhaus-Behandlungsfällen, Arbeitsunfähigkeitsfällen (AU-Fällen) und Arbeitsunfähigkeitstagen (AU-Tagen) ausgewiesen.

Darauf folgen Ergebnisse zu den drei Diagnosegruppen und Krankheitsbildern, die die meisten Krankenhausaufenthalte auslösen. Da die AU-Daten nicht für einzelne Diagnosegruppen vorliegen, erfolgen diese Analysen ausschließlich auf Grundlage der Krankenhaus-Daten. Eines dieser Krankheitsbilder ist die Depression, die einzige psychische Erkrankung, die in den Gesundheitszielen des Bundes Berücksichtigung findet.¹¹⁸

¹¹⁷ „ICD“ steht für „International Classification of Diseases“, also internationale Klassifikation von Krankheiten. Sie wird von Leistungserbringern des Gesundheitswesens zur Kodierung von Krankheiten genutzt. Sie ist unterteilt in 22 sog. Kapitel, die mit römischen Zahlen bezeichnet werden. Die Kapitel werden im vorliegenden Bericht auch als „Krankheitsarten“ bezeichnet. Sie enthalten Gruppen, die wiederum einzelne „Kategorien“ enthalten, welche mit dreistelligen Buchstaben-Zahlen-Kombinationen bezeichnet werden und teils noch weiter ausdifferenziert werden können (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, 2024).

¹¹⁸ Die Gesundheitsziele wurden zwischen 2000 und 2010 unter Federführung des Bundesministeriums für Gesundheit entwickelt. Sie sind ein Steuerungsinstrument „das zur Zielorientierung und damit zur Qualität der Versorgung beiträgt und hilft bestehende Mittel optimal einzusetzen. Auch das Gesundheitsbewusstsein in der Bevölkerung soll mit den Gesundheitszielen gestärkt werden“ (Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung, kein Datum). Sie lauten: 1. Diabetes mellitus Typ 2: Erkrankungsrisiko senken, Erkrankte früh erkennen und behandeln; 2. Brustkrebs: Mortalität vermindern, Lebensqualität erhöhen; 3. Tabakkonsum reduzieren; 4. Gesund aufwachsen: Lebenskompetenz, Bewegung, Ernährung; 5. Gesundheitliche Kompetenz erhöhen, Patient(inn)ensouveränität stärken; 6. Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln; 7. Gesund älter werden; 8. Alkoholkonsum reduzieren; 9. Gesundheit rund um die Geburt; 10. Patientensicherheit (Bundesministerium für Gesundheit, 2024).

9.2 Daten und Analysen

Daten zu vorwiegend schwereren Erkrankungen bietet die Krankenhausstatistik der statistischen Ämter. In ihrer hier genutzten Form weisen sie Ergebnisse nach Bezirken aus, wobei die Zuordnung zum Bezirk über den Wohnort der Patientin bzw. des Patienten erfolgt. Die Statistik stellt die Fälle dar, die im Laufe eines Jahres aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden. Daten zur Länge der Aufenthalte sind nicht enthalten. Dargestellt werden Entlassungen nach Hauptdiagnosen, also denjenigen Diagnosen, die laut Befund bei Entlassung der jeweilige Hauptgrund für den Aufenthalt der Patientin bzw. des Patienten waren. Die Daten stammen vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Berechnungen wurden von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung durchgeführt und über die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellt; diese Berechnungen werden für das vorliegende Kapitel durch eigene Berechnungen des Bezirksamts Pankow ergänzt. Details zu diesen Daten sind Anhang 8 zu entnehmen. Die von der Senatsverwaltung zur Verfügung gestellten Dateien enthalten Ergebnisse für Berlin insgesamt sowie die 12 Bezirke als Anzahlen, Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und altersstandardisierte Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, jeweils unterteilt nach Männern und Frauen, nach den beiden Altersgruppen unter 65 und ab 65 Jahren sowie insgesamt. Die Altersstandardisierung erfolgte anhand der „alten Europabevölkerung“ (zum Verfahren der Altersstandardisierung allgemein s. Abschnitt 4.4). Die bereits altersstandardisierten Raten wurden für den vorliegenden Bericht zur Errechnung altersstandardisierter Verhältniszahlen genutzt.

Den Ergebnissen für AU-Fälle und -Tage liegen Analysen von Daten von Berliner Versicherten mehrerer gesetzlicher Krankenkassen durch das IGES-Institut zugrunde.¹¹⁹ Ergebnisse der Analysen des IGES-Instituts wurden in einem Bericht vorgelegt; die dort veröffentlichten Ergebnisse wurden für den vorliegenden Gesundheitsbericht genutzt. Die in dem Bericht des IGES-Instituts berücksichtigten Berliner Versicherten entsprechen etwa drei Vierteln der Berliner Versichertenjahre (Anhang 6). In diesen Daten enthalten sind solche Fehlzeiten, für die die Versicherten eine Krankschreibung an ihre Versicherung weitergeleitet haben. Es steht zu vermuten, dass hierdurch insbesondere Abwesenheiten von der Arbeit von weniger als 3 Tagen untererfasst werden. Vermutlich spielen diese kurzen Erkrankungen im psychischen Bereich eine geringere Rolle als im körperlichen Bereich, da Krankschreibungen aus psychischen Gründen sich häufig über zahlreiche Wochen erstrecken, was bei körperlichen Erkrankungen seltener ist.¹²⁰

¹¹⁹ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022)

¹²⁰ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 34, 41)

Die Daten sind für Berlin in den Jahren 2019-2021 erhältlich, einige Angaben auch auf Ebene der Berliner Bezirke, jedoch nicht unterhalb dieser Ebene.¹²¹ Alle numerischen Angaben zu diesem Thema werden „pro 100 Versichertenjahre“ gemacht. Für die Versichertenjahre werden die Zeiten zugrunde gelegt, in denen die versicherte Person sozialversicherungspflichtig beschäftigt war oder ALG I empfangen hat. Die Zuordnung zu Bezirken erfolgt nach dem Wohnort der Versicherten.

In diesem Kapitel werden Raten von Arbeitsunfähigkeits-Fällen (AU-Fällen) und Arbeitsunfähigkeits-Tagen (AU-Tagen) dargestellt. Für altersstandardisierte und statusadjustierte Ergebnisse wird auf die AU-Tage zurückgegriffen, da dieses Maß, im Gegensatz zu den AU-Fällen, auch die Schwere der Erkrankung abbildet. Die in diese Analyse eingehende Altersstandardisierung ist Einschränkungen unterworfen, die in Anhang 6 beschrieben werden.

Der Abschnitt 9.3.1 stellt psychische Erkrankungen insgesamt dar, und zwar sowohl Krankenhaus-Behandlungsfälle als auch Arbeitsunfähigkeit. Hauptergebnisse sind die Analysen der altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen (Ergebnisse für altersstandardisierte, aber nicht statusadjustierte Verhältniszahlen sind in Anhang 9 dargestellt). Die Logik dieses Verfahrens wird in den Abschnitten 4.4, 4.5 und 4.8 dargestellt. Abschnitt 4.5 erläutert auch, unter welchen Bedingungen eine Verhältniszahl als auffällig hoch oder niedrig bewertet wird. Die Statusadjustierung erfolgt mit dem Pankower Erwerbs- und Sozialstrukturindex (PESIx), einem Maß des sozioökonomischen Status des Bezirkes. Dieser nimmt hohe Werte an, wenn der sozioökonomische Status eines Bezirkes hoch ist, d. h. wenn wenige Menschen in einem Bezirk arm sind. Der PESIx wird allgemein in Abschnitt 3.2 dargestellt, Details sind in Anhang 2 beschrieben. Der Bezirk mit dem höchsten (günstigsten) PESIx ist Pankow.

Ergibt die Analyse der Krankenhaus-Daten, dass der Wert für Pankow auffällig ungünstig ist, so wird eine vertiefende Analyse nach Alter und Geschlecht vorgenommen. Für Arbeitsunfähigkeits-Fälle oder -Tage sind aufgrund der Datenlage keine vertiefenden Analysen möglich.

¹²¹ Darüber hinaus liegt ein Bericht vor, der frühere Jahre abdeckt (Dehl, Hildebrandt, Kleinlercher, & Sörensen, 2019). Jedoch basiert dieser Bericht auf den Daten einer anderen Kombination von Krankenversicherungen. Deshalb erscheinen die Daten nicht im Zeitverlauf vergleichbar und werden für den vorliegenden Gesundheitsbericht nicht verwendet.

9.3 Ergebnisse

9.3.1 Psychische Krankheiten insgesamt

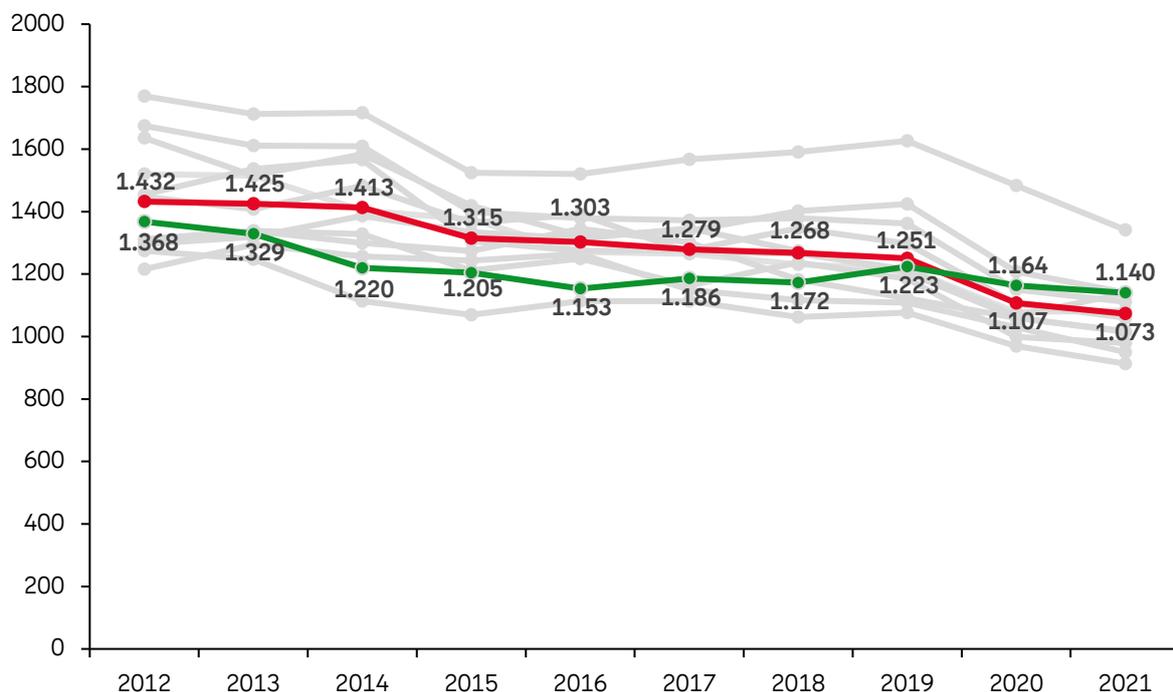


Abbildung 45: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aus psychischen Gründen, Berlin gesamt und Pankow, 2012-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow; grau: andere Bezirke. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle mit Hauptdiagnose aus dem ICD-Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“). Der Bezirk mit den in allen Jahren höchsten Raten ist Spandau. Daten: Afs Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -.

7,5% der Pankower Krankenhaus-Behandlungsfälle entfielen 2021 auf Fälle, bei denen eine psychische oder Verhaltensstörung im Vordergrund stand. Abbildung 45 stellt die langfristige Entwicklung der Raten von Krankenhausfällen in Berlin (rot), Pankow (grün) und den anderen Bezirken (grau) dar. Hier ist ein langfristiger Abwärtstrend für Berlin zu verzeichnen, wobei sich dieser Trend mit dem Übergang von 2019 zum „Corona-Jahr“ 2020 noch einmal deutlich verstärkte und zu 2021 ein weiterer Rückgang zu verzeichnen war. Zwischen 2019 und 2021 sank die Rate für Berlin um 14%. Ein Rückgang in dieser Größenordnung während der Corona-Pandemie ist für Deutschland typisch.¹²² Die Entwicklung für Pankow ist anders: Seit 2014 blieb die Rate zunächst weitgehend stabil und der Rückgang zwischen 2019 und 2021 betrug lediglich 7%, so dass Pankow in den Jahren 2020 und 2021 höhere Raten aufwies als Berlin insgesamt. Angesichts dessen überrascht es nicht, dass Pankow (als einwohnerstärkster Bezirk) die meisten Behandlungsfälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen aufweist, wie Abbildung 46 zeigt.

¹²² (Augurzky, et al., 2022, S. 38-39)

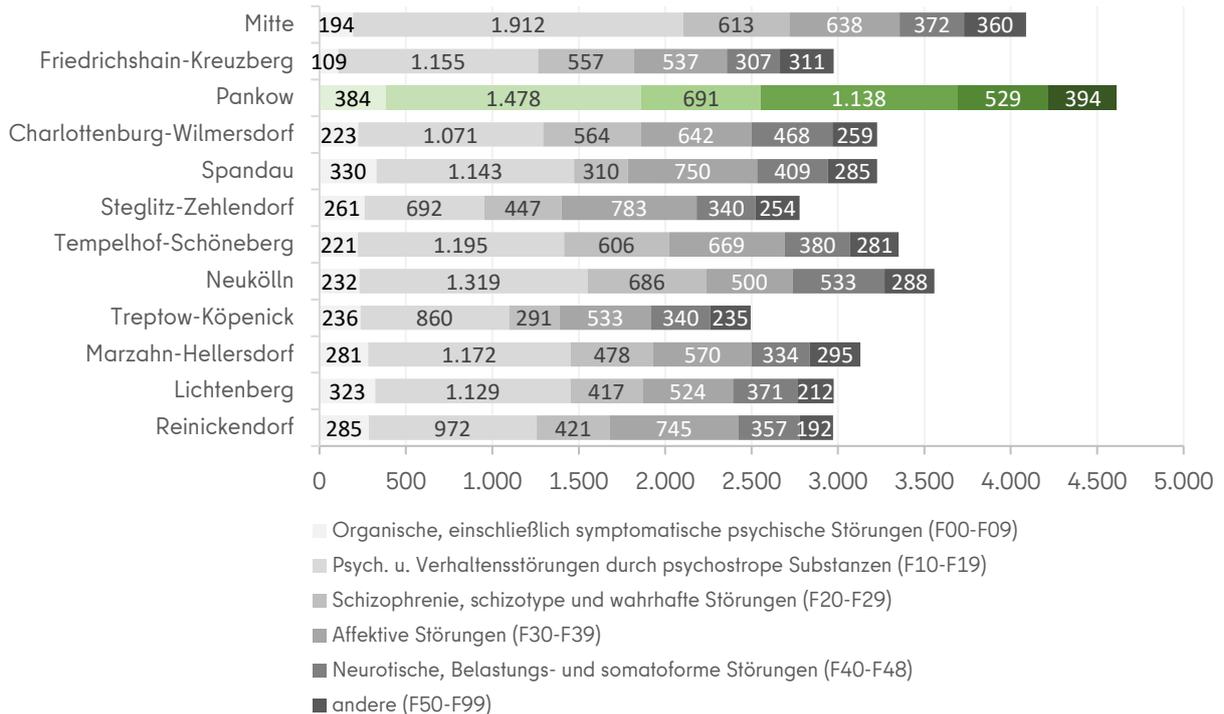


Abbildung 46: Anzahl der Krankenhausfälle mit einer Entlassdiagnose aus dem ICD-Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), 2021. Daten: AfS Berlin Brandenburg, Berechnung: SenGPG - IA -.

Insgesamt sind dies 4.614 Fälle. Nur ein weiterer Bezirk, Mitte, steuert mehr als 4.000 Fälle bei. Die Abbildung stellt außerdem dar, wie sich diese Fälle auf Diagnoseabschnitte verteilen.

Abbildung 47 zeigt noch einmal die schon in Abbildung 45 dargestellte Entwicklung der Krankenhausfälle für psychische und Verhaltensstörungen insgesamt zwischen 2019 und 2021, um sie der Entwicklung bei den Arbeitsunfähigkeitsfällen und -tagen gegenüberzustellen. Bei den AU-Fällen ist ein leichter Rückgang von 7% (Berlin) bzw. 2% (Pankow) zu beobachten. Bei den AU-Tagen gibt es dagegen sogar einen leichten Anstieg um 2% (Berlin) bzw. 4% (Pankow); soweit es sich anhand veröffentlichter Daten abschätzen lässt, scheinen diese Anstiege eher unter der bundesweiten Entwicklung zu liegen.¹²³ Auch bei den AU-Fällen und -Tagen zeigt sich also

¹²³ Verschiedene Krankenversicherungen veröffentlichen Daten zum Krankenstand ihrer Mitglieder; in der Regel beziehen sich diese Ergebnisse auf ganz Deutschland. Bei den Versicherten der DAK stieg die alters- und geschlechtsstandardisierte Rate der Fehltag je 100 Versicherten zwischen 2019 und 2021 um 6% (von 260 auf 276; DAK Gesundheit & IGES, 2023a, S. 3, 25). Bei den Berliner Mitgliedern der gleichen Versicherung betrug der Anstieg 4% (von 300 auf 312; DAK Gesundheit & IGES, 2023b, S. 3, 18), also deutlich mehr als bei den Berliner Versicherten, die in die hier verwendete Auswertung eingingen (und in denen die Versicherten der DAK nicht enthalten waren). Zahlen der Techniker Krankenkasse zeigen einen Anstieg der altersstandardisierten AU-Tage je 100 Versichertenjahre von 8% (225 auf 242) für Männer und 11% (364 auf 404) für Frauen (Techniker Krankenkasse, 2020, S. 23, 2022, S. 24, eigene Berechnungen). Aus den Zahlen der Barmer ergibt sich ein Anstieg von 7% (363 auf 388 AU-Tage je 100 Versichertenjahre,

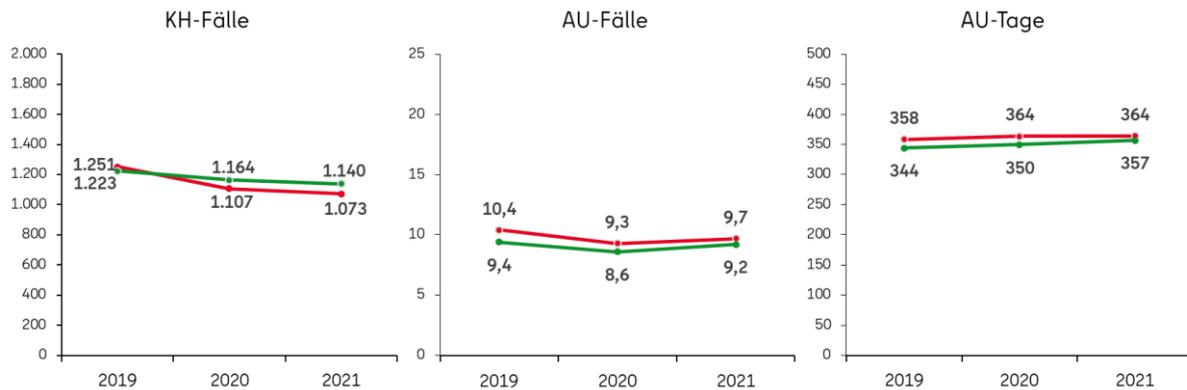


Abbildung 47: Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie

Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage pro 100 Versichertenjahre aufgrund von psychischen und

Verhaltensstörungen, Berlin gesamt und Pankow, 2019-2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow.

Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle bzw. Krankschreibungen mit Diagnosen, die dem ICD-Kapitel V („Psychische und Verhaltensstörungen“) zugeordnet sind (zu Details bzgl. der Arbeitsunfähigkeitsdaten s. Anhang 2). Daten: Krankenhäuser: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen.

zwischen 2019 und 2021 eine relative Verschlechterung der Pankower gegenüber den Berliner Werten. Jedoch liegen hier die Pankower Werte auch 2021 noch etwas unter denen für Berlin.

Sowohl für die AU-Tage als auch die Krankenhaus-Fälle zeigt sich bei einer Zusammenschau der altersstandardisierten (noch nicht statusadjustierten) Verhältniszahlen mit dem PESIx das zu erwartende Ergebnis: Je höher der Sozialstatus in einem Bezirk, desto niedriger die altersstandardisierte Rate der Krankenhaus-Behandlungsfälle und AU-Tage. Jedoch ist dieser Zusammenhang für die Krankenhaus-Fälle moderat ($r = -0,36$), für die AU-Tage vernachlässigbar ($r = -0,09$). Letzteres ist ein bemerkenswertes Ergebnis, weil Studien in der Regel zu dem Ergebnis kommen, dass diagnostizierte psychische Krankheiten bei Menschen mit niedrigerem Status und in schlechter gestellten Stadtvierteln häufiger sind.¹²⁴ Es ist möglich, dass Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer mit höherem Status bei gegebener Krankheitsintensität länger krankgeschrieben werden. In jedem Fall ist aufgrund des geringen Zusammenhangs zwischen AU-Tagen und sozioökonomischem Status des Bezirks zu erwarten, dass die Adjustierung mit dem PESIx kaum einen Unterschied macht.

offenbar nicht standardisiert; Grobe & Braun, 2020, S. 51, 2022, S. 50, eigene Berechnungen). Bei den Versicherten der AOK stieg die Rate der (offenbar nicht standardisierten) AU-Tage pro 100 Versicherte von 2019 bis 2021 um 8% (von 313,5 im Jahr 2019 auf 338,2 im Jahr 2021; Meyer et al., 2019, S. 405, Tab. 23.7, 2022, S. 324, Tab. 19.7). Diese Daten sind lückenhaft und nicht immer sind die Kennzahlen (aufgrund verschiedener Berechnungsmethoden) direkt vergleichbar mit den hier verwendeten Kennzahlen. Sie lassen aber dennoch den vorsichtigen Schluss zu, dass der Anstieg in Deutschland insgesamt steiler gewesen sein dürfte als der in Berlin (+ 2%) und auch der in Pankow (+ 4%).

¹²⁴ (Sariaslan, et al., 2015; Thorn, Kuhnert, Born, & Hapke, 2017)

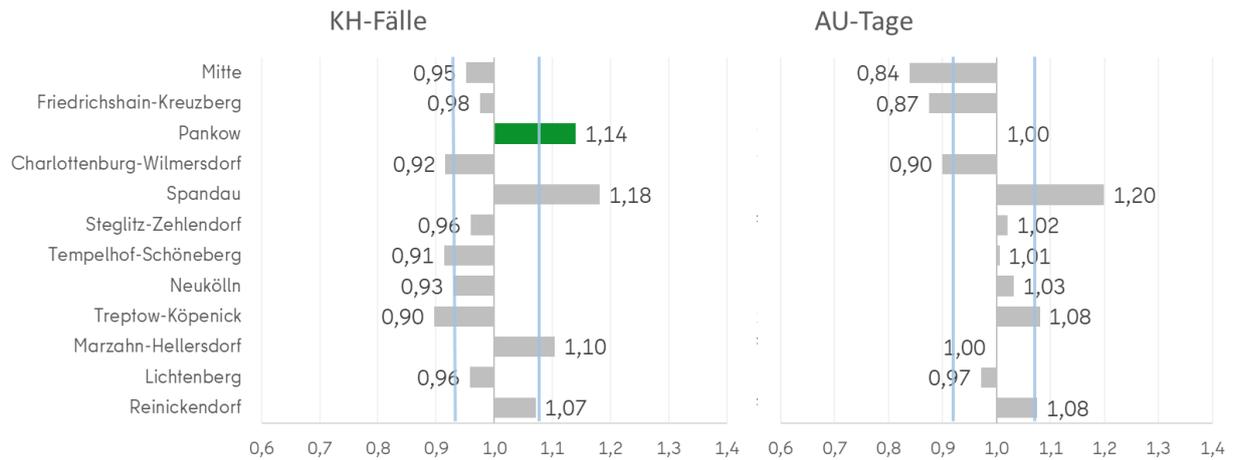


Abbildung 48: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und Arbeitsunfähigkeitstage pro 100 Versichertenjahre aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen, nach Bezirken, 2021. Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus. Gezählt werden hierfür alle Krankenhausfälle bzw. Krankschreibungen mit Diagnosen, die dem ICD-Kapitel V zugeordnet sind (zu Details bzgl. der Arbeitsunfähigkeitsdaten s. Anhang 2). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Die blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen darüber und darunter dar; Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; Arbeitsunfähigkeit: Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, 116-127, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

Abbildung 48 zeigt die Ergebnisse. Die AU-Tage der Pankower Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund psychischer Erkrankungen sind fast genau so, wie sie angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten sind. Für Krankenhaus-Fälle gilt dies nicht: Sie sind auffällig höher als zu erwarten.

9.3.2 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-19)

In allen Bezirken bis auf einen (Steglitz-Zehlendorf) ist der Diagnoseabschnitt, der unter den psychischen und Verhaltensstörungen die meisten Fälle aufweist, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. In Pankow machte dieser 2021 2,4% aller Behandlungsfälle in Krankenhäusern aus. In diesem Diagnoseabschnitt werden „eine Vielzahl von Störungen unterschiedlichen Schweregrades und mit verschiedenen klinischen Erscheinungsbildern“¹²⁵ zusammengefasst, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass ihr Auftreten auf den Gebrauch mindestens einer psychotropen Substanz zurückgeführt wird. Die hier am häufigsten benannte Substanz ist in der Regel Alkohol. Dies gilt auch für Pankow (64%) und Berlin (63%) im Jahr 2021.

¹²⁵ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018a)

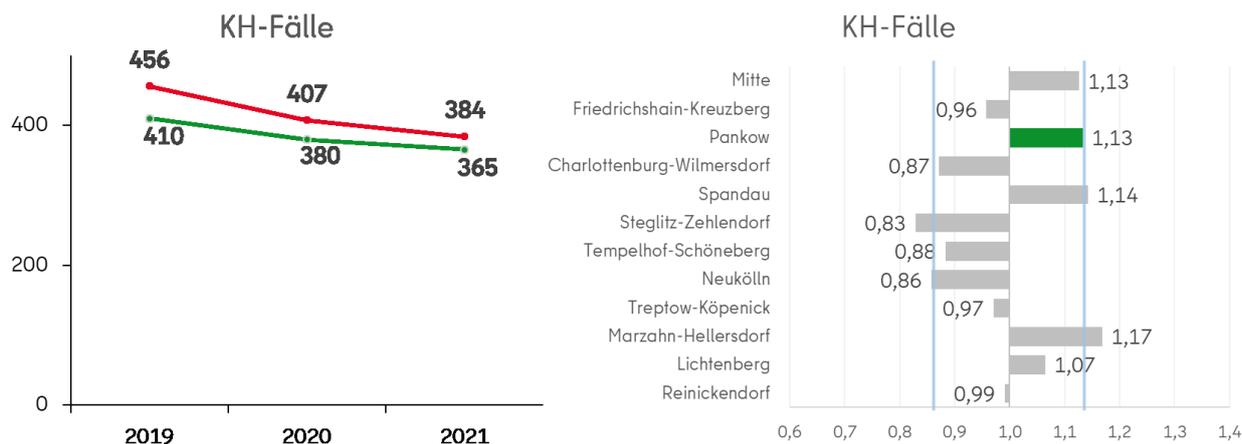


Abbildung 49: Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner sowie altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose aus dem Diagnoseabschnitt F10-19, „psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“, Pankow, 2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow; grau: andere Bezirke. Die senkrechten blauen Linien zeigen 0,8 Standardabweichungen an. Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen.

Die linke Hälfte der Abbildung 49 zeigt, dass die Rate der Krankenhaus-Fälle mit einer Hauptdiagnose aus diesem Abschnitt in Pankow (grün) zwischen 2019 und 2021 merklich zurückgegangen ist. Noch deutlicher war der Rückgang aber in Berlin insgesamt. Daher trägt dieser Abschnitt zur relativen Verschlechterung Pankows gegenüber Berlin bei den psychischen und Verhaltensstörungen bei, die im Abschnitt 9.3.1 beschrieben wurde.

Die altersstandardisierte Verhältniszahl zeigt einen starken Zusammenhang mit dem sozialen Status derart, dass in sozial schwächeren Bezirken die altersstandardisierte Rate der Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen deutlich höher ist ($r = -0,69$). Dennoch verbleiben auch bei der altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahl noch merkliche Unterschiede zwischen den Bezirken, wie der rechte Teil von Abbildung illustriert. Mit einem Wert von 1,13 ist Pankow noch im unauffälligen Bereich. Auf eine tiefere Analyse wird daher verzichtet.

9.3.3 Depressionen (F32-F33, F34.1)

Der Diagnoseabschnitt, der in Pankow die zweitmeisten Krankenhausfälle aus dem Bereich der psychischen und Verhaltensstörungen stellt, ist „affektive Störungen“ (F30-F39). Dieser umfasst Störungen, „deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität [...] bestehen“¹²⁶. In der Regel sind bei weitem die meisten der Diagnosen aus diesem Abschnitt Depressionen (F32-F33, F34.1). Dies ist auch in Pankow 2021 nicht anders: 88% entfallen auf

¹²⁶ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018c)

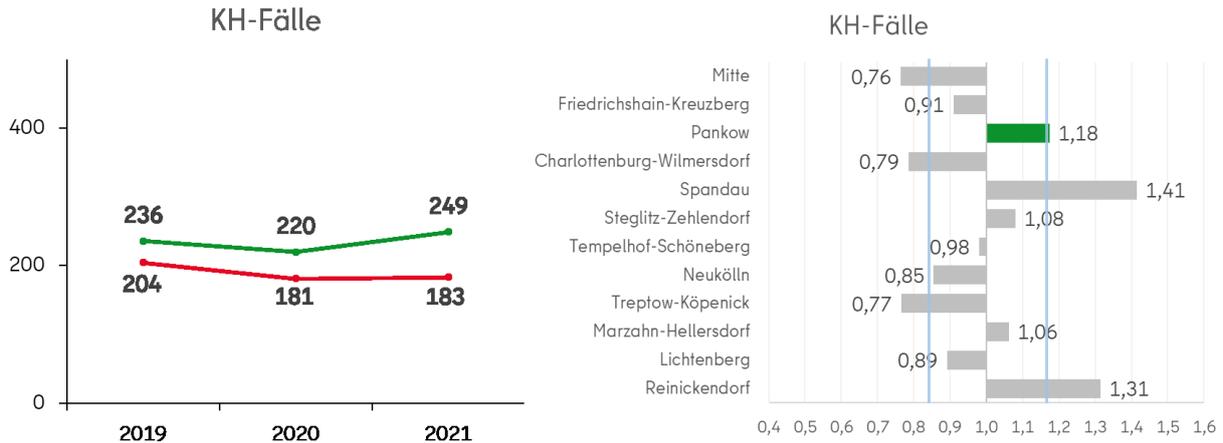


Abbildung 50: Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (links) sowie altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen (rechts) für Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose Depression (F32, F33, F34.1), Pankow, 2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow. Abkürzung: KH: Krankenhaus. Die senkrechten blauen Linien zeigen 0,8 Standardabweichungen an. Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen.

dieses Krankheitsbild, in Berlin insgesamt sind es 84%. Dies entspricht 1,6% aller Krankenhausfälle. Nicht nur in dieser Hinsicht spielen die Depressionen eine hervorgehobene Rolle: „Depressive Erkrankungen: verhindern, früh erkennen, nachhaltig behandeln“ ist eines der nationalen Gesundheitsziele.¹²⁷ Aus diesen beiden Gründen werden in diesem Abschnitt nicht die affektiven Störungen insgesamt analysiert, sondern ausschließlich Depressionen.

Die linke Hälfte der Abbildung 50 zeigt den Verlauf für Krankenhausfälle dieser Hauptdiagnose von 2019 bis 2021. Die Pankower Rate liegt in allen Jahren über der für Berlin insgesamt. Auch wird deutlich, dass sich die Pankower und Berliner Raten in diesem Zeitraum noch auseinanderbewegt haben. Deshalb tragen die Depressionen zur relativen Verschlechterung Pankows gegenüber Berlin bei den psychischen und Verhaltensstörungen bei, die in Abschnitt 9.3.1 dargestellt wurde.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der altersstandardisierten Verhältniszahl für Krankenhaus-Fälle mit der Hauptdiagnose Depression und dem PESIx, so ergibt sich ein ungewöhnliches Bild: In bessergestellten Bezirken ergeben sich höhere Werte für Depressionen; der Zusammenhang ist stark ($r = 0,58$).

Dennoch verbleiben auch bei Depressionen noch deutliche Unterschiede zwischen den altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen der Bezirke, wie der rechte Teil von Abbildung 50 illustriert. Der Wert für Pankow ist auffällig hoch, weshalb eine differenzierte Betrachtung nach Alter und Geschlecht lohnend erscheint.

¹²⁷ (Bundesministerium für Gesundheit, 2024)

Bei der Betrachtung der Daten fällt zunächst der typische, sehr große Geschlechterunterschied auf: Bei Frauen werden häufiger Depressionen diagnostiziert als bei Männern.¹²⁸ Dagegen lassen sich nur geringe Unterschiede zwischen den Altersgruppen feststellen: Bei älteren und jüngeren Frauen liegt die Rate pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in Pankow um 320 (Berlin gesamt: um 220), bei älteren und jüngeren Männern um 160 (Berlin gesamt: ca. 130). In Pankow und Berlin zeigt sich also ein ähnliches Verhältnis der Raten für Männer und Frauen, in Pankow jedoch auf deutlich höherem Niveau (keine Abbildung).

Betrachtet man die Zusammenhänge zwischen der sozialen Lage und den altersstandardisierten Raten nach Alter und Geschlecht, so zeigt sich ein überraschendes Bild: Sowohl bei Männern als auch bei Frauen unter 65 zeigt sich ein starker positiver Zusammenhang zwischen den Variablen (Männer: $r = 0,56$; Frauen: $r = 0,57$). Für ältere Berlinerinnen und Berliner sind die Zusammenhänge deutlich schwächer: Bei den Frauen ab 65 zeigt sich ein schwacher Zusammenhang in die gleiche Richtung ($r = 0,17$), bei den Männern sogar ein schwacher Zusammenhang in die Gegenrichtung ($r = -0,24$). Das heißt: In sozial schwächeren Stadtteilen sind die altersstandardisierten Raten für ältere Männer höher, für die anderen demographischen Gruppen ist es umgekehrt.

Tabelle 32 zeigt die Pankower altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen für die vier Kombinationen von Alter und Geschlecht. Die Verhältniszahlen der anderen Bezirke werden hier nicht mehr dargestellt. Es zeigt sich, dass die Werte für drei der vier Gruppen auffällig erhöht sind: Lediglich Männer unter 65 Jahren zeigen kein auffälliges Ergebnis. Besonders auffällig ist das Ergebnis für ältere Frauen: Die Rate ist über 1,4-mal so hoch wie angesichts der Alters- und Sozialstruktur Pankows zu erwarten.

¹²⁸ Bezüglich der Geschlechterunterschiede könnte vermutet werden, dass es sich nicht um Unterschiede bezüglich tatsächlich vorliegender Depression, sondern um Unterschiede im Diagnoseverhalten handelt – zum Beispiel, weil Frauen bei Depressionen häufiger ärztliche Hilfe suchen oder Ärztinnen und Ärzte eher geneigt sind, bei Frauen Depressionen zu diagnostizieren. Ergebnisse einer deutschlandweiten Studie aus den Jahren 2008-11 legen den Schluss nahe, dass dies teilweise zutrifft: Etwa 2,1-mal so viele Frauen wie Männer berichteten, dass in den letzten 12 Monaten eine diagnostizierte Depression vorlag; wurde Depression dagegen über eine Liste von Symptomen erfasst, so waren Frauen nur um den Faktor 1,7 überrepräsentiert (Busch, Maske, Ryl, Schlack, & Hapke, 2013). Eine Erhebung aus den Jahren 2014-2015 zeigt ebenfalls – für depressive Symptome in der Berliner Bevölkerung – eine Überrepräsentation von Frauen um den Faktor 1,7 (Breitschneider, Kuhnert, & Hapke, 2017, S. 84, eigene Berechnung).

Tabelle 32: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Krankenhausfälle pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner aufgrund Depressionen (F32, F33, F34.1), Pankow, nach Alter und Geschlecht, 2021

	unter 65 Jahre	65 Jahre und älter
männlich	1,09	1,21
weiblich	1,19	1,43

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,22 (unter 65, männlich), 0,18 (unter 65, weiblich), 0,20 (65 und älter, männlich), 0,21 (65 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Mitte 2021. Daten: Krankenhäuser: Amt für Statistik Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

9.3.4 Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F20-29)

Die Schizophrenie ist „im Allgemeinen durch grundlegende und charakteristische Störungen von Denken und Wahrnehmung sowie inadäquate oder verflachte Affekte“ bei gleichzeitiger Bewusstseinsklarheit gekennzeichnet. In vielen Fällen kommt es zur Wahrnehmung von „Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen“.¹²⁹ Der Diagnoseabschnitt „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ enthält neben der „klassischen“ Schizophrenie (F20) auch verwandte und teils schwer abgrenzbare Krankheitsbilder, die in der Regel durch Wahnvorstellungen gekennzeichnet sind.

1,1% der Pankower Krankenhausfälle entfielen 2021 auf diese Diagnosegruppe. Die linke Hälfte der Abbildung 51 zeigt, dass die Rate der Fälle mit einer Hauptdiagnose aus dieser Gruppe in Berlin (rot) merklich zurückgegangen ist, während sie gleichzeitig in Pankow (grün) etwas anstieg. Deshalb trägt dieser Diagnoseabschnitt ein wenig zur relativen Verschlechterung Pankows gegenüber Berlin bei den psychischen und Verhaltensstörungen (s. Abschnitt 9.3.1) bei.

Die altersstandardisierte Verhältniszahl für diese Diagnosegruppe zeigt einen moderaten Zusammenhang mit dem PESIx: Die Zahl ist in sozial schlechter gestellten Bezirken höher ($r = -0,44$). Auch nach der Statusadjustierung mit dem PESIx verbleiben teils deutliche Unterschiede zwischen Verhältniszahlen der Bezirke, wie der rechte Teil von Abbildung 51 zeigt. Der Wert von Pankow liegt noch im unauffälligen Bereich. Auf eine vertiefende Analyse wird daher verzichtet.

¹²⁹ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018b)

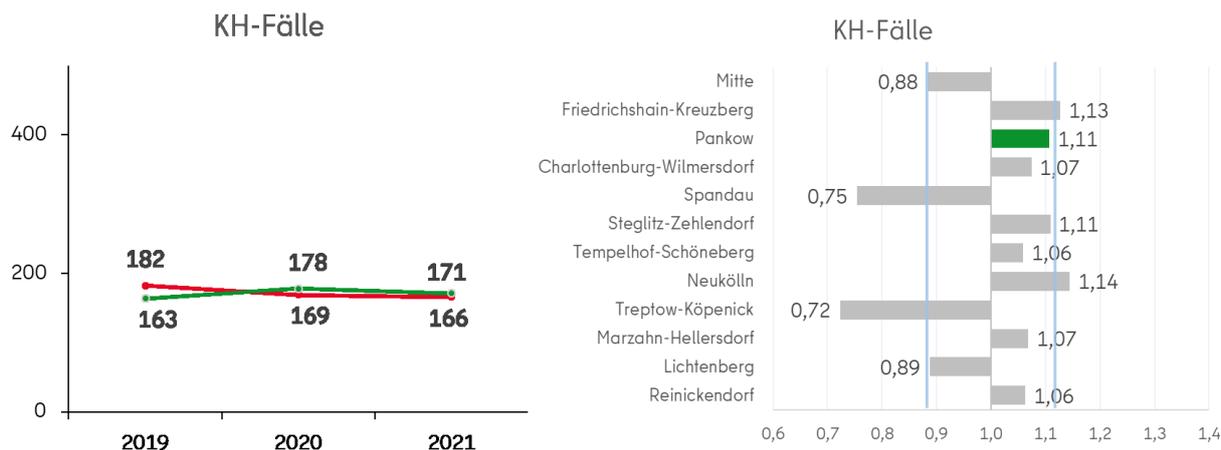


Abbildung 51: Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner (links) sowie altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen (rechts) für Krankenhausbehandlungsfälle mit der Hauptdiagnose aus dem Diagnoseabschnitt F20-29, „Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen“, Pankow, 2021. Rot: Berlin gesamt; grün: Pankow; grau: andere Bezirke. Die senkrechten blauen Linien zeigen 0,8 Standardabweichungen an. Werte innerhalb dieser Linien werden als unauffällig gewertet. Daten: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen.

9.4 Zusammenfassung und Diskussion

Bei psychischen und Verhaltensstörungen zeigen die Analysen der Zeitverläufe ein anderes Bild als bei den körperlichen Erkrankungen: Die Raten der Arbeitsunfähigkeit sind in Pankow und Berlin insgesamt ähnlich und zwischen 2019 und 2021 recht stabil; die Pankower Rate ist nach Berücksichtigung der Alters- und Sozialstruktur der Bezirke nicht auffällig. Die Entwicklung der Krankenhaus-Fälle ist überraschend: 2019 waren die Raten Pankows und Berlins sehr ähnlich, danach ging die Berliner Rate deutlich stärker zurück als die Pankower Rate. Es wurde bereits gezeigt, dass Störungen durch psychotrope Substanzen, Depressionen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises sämtlich zu der relativen Verschlechterung Pankows gegenüber Berlin befragen. Anhang 14 zeigt, dass gleiches für andere Diagnosegruppen aus dem Kapitel der psychischen und Verhaltensstörungen gilt; lediglich die Gruppe der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen¹³⁰ zeigt eine leicht gegenläufige Entwicklung. Dementsprechend ist Pankow der Bezirk mit den meisten Krankenhausfällen wegen psychischer und Verhaltensstörungen im Jahr 2021. Auch die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für psychische und Verhaltensstörungen insgesamt ist auffällig hoch. Hierzu tragen insbesondere Depressionen bei.

¹³⁰ Die neurotischen Störungen beinhalten z. B. Angst- und Zwangsstörungen; unter „Belastungsstörungen“ werden negative Reaktionen auf äußere Belastungen zusammengefasst, (z. B. posttraumatische Belastungsstörung); somatoforme Störungen werden diagnostiziert, wenn Patientinnen und Patienten körperliche Symptome schildern, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte jedoch davon ausgehen, dass dem keine körperlichen Ursachen zugrunde liegen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018d)

Die Ergebnisse für die psychischen Erkrankungen insgesamt zeigen außerdem, dass der Zusammenhang zwischen den Indikatoren für Krankenhausaufenthalte einerseits und Arbeitsunfähigkeiten andererseits nicht so groß sind, wie man vielleicht annehmen könnte: Die Rangfolge der verschiedenen Bezirke unterscheidet sich deutlich danach, ob man Krankenhausfälle oder AU-Tage betrachtet.

Zur Erklärung bieten sich mehrere Gründe an, da sich die beiden Indikatoren in mehrerlei Hinsicht unterscheiden. Erstens wurden bezüglich der Arbeitsunfähigkeiten vor allem die Tage analysiert, bezüglich der Krankenhausaufenthalte jedoch die Fälle (da zur Dauer der Krankenhausaufenthalte keine Daten vorliegen). Dies allein lässt Unterschiede zwischen den Ergebnissen erwarten. Jedoch zeigen Arbeitsunfähigkeits-Fälle in der Regel ähnliche Trends wie Arbeitsunfähigkeitstage.

Zweitens bilden Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalte unterschiedliche Schweregrade von Erkrankungen ab: Im Mittel liegen Krankenhausaufenthalten deutlich schwerere Erkrankungsformen zugrunde als Arbeitsunfähigkeiten. Manche Krankheiten nehmen typischerweise einen schwereren Verlauf als andere, weshalb aus diesem Grund Unterschiede zwischen Indikatoren der Arbeitsunfähigkeit und Indikatoren von Krankenhausaufenthalten zu erwarten sind.

Drittens schließen die Daten zur Arbeitsunfähigkeit systematisch ältere Menschen aus, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind. Auch jüngere Menschen, die aufgrund chronischer Erkrankungen dauerhaft nicht dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen, werden hier nicht abgebildet. In den Arbeitsunfähigkeitsdaten sind also solche Menschen nicht vertreten, die in besonderem Maße von Krankheit betroffen sind. Die Raten der Krankenhausfälle bilden dagegen (im Nenner) alle Pankowerinnen und Pankower ab.

In welchem Mischungsverhältnis die genannten Gründe (und vielleicht andere) für die Unterschiede zwischen den Daten für Arbeitsunfähigkeiten und Krankenhausaufenthalte verantwortlich sind, kann nicht abschließend aufgeklärt werden. Sie weisen aber darauf hin, dass hier grundsätzlich zwei unterschiedliche Indikatoren der Gesundheit betrachtet werden und deshalb auch unterschiedliche Ergebnisse nicht allzu überraschend sind.

Für beide Indikatoren ist ein sozialer Gradient zu beobachten: Wo die soziale Lage weniger günstig ist, ist auch die Krankheitsbelastung höher. Jedoch sind diese Zusammenhänge nur von moderater Stärke. Dieser Zusammenhang zeigt sich auch, wenn man die Krankenhaus-Fälle für die Störungen durch psychotrope Substanzen und die Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises betrachtet. Ein ganz anderes Bild ergibt sich bezüglich der Depressionen: Menschen aus Bezirken mit höherem sozioökonomischem Status werden häufiger im Krankenhaus wegen dieser Erkrankung behandelt als solche aus weniger gutgestellten Bezirken.

Eine andere Frage ist die Angemessenheit der Statusadjustierung. In Abschnitt 4.5 war allgemein darauf hingewiesen worden, dass eine Statusadjustierung umso weniger angemessen ist, je mehr der Zusammenhang von sozioökonomischem Status und Gesundheit darauf beruht, dass schlechtere Gesundheit zu einem verringerten sozioökonomischen Status führt. Dies kann zum Beispiel vorkommen, weil Menschen chronisch erkranken und deshalb aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden. Psychische Krankheiten, die so schwerwiegend sind, dass sie im Krankenhaus behandelt werden müssen, nehmen häufig einen chronischen oder wiederkehrenden Verlauf. Dies kann die Fähigkeit, am Erwerbsleben teilzunehmen, erheblich beeinträchtigen. Zwar kann der genannte Mechanismus (dass Krankheit zu Arbeitslosigkeit führt) bei Menschen nicht mehr wirksam werden, die nicht mehr im erwerbsfähigen Alter sind – doch auf Menschen ab 65 Jahren entfallen (in Pankow 2021) ohnehin nur ca. 16% der Krankenhaus-Fälle wegen psychischer und Verhaltensstörungen. Es ist daher möglich, dass die Statusadjustierung eine statistische Überanpassung der Verhältniszahlen bewirkt und es deshalb angemessener ist, zur Interpretation die altersstandardisierten aber nicht statusadjustierten Verhältniszahlen heranzuziehen.

Diese sind in Anhang 9 dargestellt. Hier zeigt sich jedoch ein ganz ähnliches Muster: Für psychische Krankheiten insgesamt ist die Verhältniszahl der Krankenhaufälle auffällig erhöht, die der AU-Tage jedoch nicht. Außerdem ist die Verhältniszahl der Krankenhaufälle für Depressionen auffällig erhöht, für Störungen durch psychotrope Substanzen und den schizophrenen Formenkreis jedoch nicht. Es macht also keinen großen Unterschied, ob man seine Interpretation auf die statusadjustierten oder die nicht statusadjustierten Verhältniszahlen stützt. Daher sind auch mögliche Limitationen des PESIx als Maß des sozioökonomischen Status des Bezirkes hier weniger wichtig als im Zusammenhang mit anderen Analysen.

Festzuhalten bleibt, dass 2021 mehr Pankowerinnen und Pankower wegen psychischer und Verhaltensstörungen im Krankenhaus behandelt wurden als aufgrund der Bevölkerungszahl, der Altersstruktur und des sozioökonomischen Status des Bezirks zu erwarten wäre. Besonders gilt dies für Depression. Hinzu kommt, dass sich die Raten Pankows relativ zu Berlin in den letzten Jahren deutlich ungünstig entwickelt haben. Dies legt den Schluss nahe, dass hier Verbesserungspotentiale bestehen.

10 Menschen mit seelischen oder geistigen Behinderungen

10.1 Einleitung

Behinderungen im Sinne des SGB IX betreffen „Menschen, die körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen haben, die sie [...] an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 2 [1] SGB IX). Alterstypische Einschränkungen finden hierbei keine Berücksichtigung.¹³¹ Menschen mit anerkannter Behinderung können gleichzeitig pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sein. Wie viele Personen in den im vorliegenden Bericht dargestellten Daten sowohl als Menschen mit Behinderung (Kapitel 10) als auch als Pflegebedürftige (Kapitel 8) abgebildet werden, bleibt daher unklar.¹³²

Der Grad der Behinderung (GdB) drückt aus, in welchem Maße die betroffenen Personen bzgl. der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft eingeschränkt sind. Er wird in Zehnerstufen von 20 bis 100 vergeben. Bei einem Grad der Behinderung ab 50 ist von einer „Schwerbehinderung“ die Rede.¹³³

Behinderungen werden für den vorliegenden Bericht auf Basis der Ausgangsdaten den vier Kategorien zugeordnet, die im SGB IX (§ 2 [1]) genannt werden, also körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Details der Zuordnung können Anhang 10 entnommen

¹³¹ (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 4)

¹³² Vergleicht man die Definitionen von Pflegebedürftigkeit und Behinderung, so fallen Ähnlichkeiten auf. Pflegebedürftig im Sinne des Gesetzes sind Menschen, wenn sie voraussichtlich für mindestens 6 Monate „gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen“ (§ 14 (1) SGB XI). Menschen mit Behinderung haben per Definitionem „körperliche, seelische, geistige oder Sinnesbeeinträchtigungen [...], die sie [...] an der gleichberechtigten Teilhabe an der Gesellschaft mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate hindern können“ (§ 3 (1) SGB IX). Die selben Personen können Leistungen sowohl der Eingliederungshilfe (Behinderung) als auch der Pflegeversicherung beziehen (Helbig & Latteck, 2022, S. 108). Hierdurch kann es zu Abgrenzungsschwierigkeiten auch bzgl. konkreter Leistungen kommen; das diesbezügliche Vorgehen ist gesetzlich geregelt (Fix, 2017; Krupp & Hielscher, 2019, S. 65-70). Datenbasierten Schätzungen zufolge bezog Ende der 2010er Jahre bundesweit ca. ein Fünftel der Menschen, die Leistungen der Eingliederungshilfe erhielten, auch Leistungen aus der Pflegeversicherung (Rothgang, Schmid, Maaß, Preuß, & Wagner, 2019, S. 115). Zur Interpretation dieser Zahlen ist zu beachten, dass nur ein kleiner Teil der Schwerbehinderten Leistungen der Eingliederungshilfe bezieht: Mit Stand 31.12.2021 waren es 12% in Berlin und 15% in Pankow (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022b; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022c).

¹³³ (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 4)

werden. Im vorliegenden Kapitel werden die seelischen und geistigen Behinderungen thematisiert; die Ergebnisse zu körperlichen und Sinnesbehinderungen sind Thema des Kapitels 7.

10.2 Daten und Analysen

Die hier dargestellten Daten stammen aus dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo) und stellen den dort am 12.07.2023 verfügbaren Datenstand dar. Abgebildet sind Menschen, denen ein Grad der Behinderung zuerkannt wurde. Menschen, die zwar Anspruch auf eine Anerkennung als schwerbehinderter Mensch hätten, aber keinen Antrag hierauf gestellt haben oder deren Antrag in Bearbeitung ist, sind somit nicht erfasst. Die Daten liegen für alle Bezirke vor und können bis hinab auf die Ebene der Planungsräume analysiert werden. Daten für Vorjahre liegen jedoch nicht in der gleichen Form vor. Bzgl. der Art der Behinderung ist die jeweils schwerste Behinderung codiert.¹³⁴

Die Daten aus dem LAGeSo unterscheiden sich in mehrerlei Hinsicht von denen, die die statistischen Ämter als „Statistik der schwerbehinderten Menschen“ veröffentlichen. Die Vor- und Nachteile der beiden Statistiken werden ausführlich in Anhang 11 diskutiert, mit dem Ergebnis, dass die Daten des LAGeSo die Präsenz von Menschen mit dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen möglicherweise genauer darstellen als die Daten der statistischen Ämter. Darüber hinaus sind sie aktueller und kleinräumiger verfügbar; außerdem enthalten sie Angaben zu Menschen mit leichteren Behinderungen (GdB < 50).

Anhang 12 bietet einen Überblick zu Behinderungen in Pankow und Berlin insgesamt nach Arten der Behinderung. Wie der Anhang zeigt, entfallen in Pankow 23% aller Behinderungen (Berlin: 22%) und 13% der Schwerbehinderungen (Berlin: 12%) auf die Kategorie „sonstige und ungenügend bezeichnete Behinderungen“. Letztere enthalten neben nicht einzuordnenden oder ungenügend bezeichneten Behinderungen auch alle Fälle, deren höchster Einzel-GdB unter 25 liegt. Sie werden im Haupttext nicht weiter betrachtet. Dies bedeutet einen gewissen Informationsverlust, jedoch erscheint eine getrennte Betrachtung eher geeignet, zur Identifizierung von Handlungsfeldern beizutragen, als eine Analyse, bei der die Arten der Behinderung gemeinsam betrachtet werden. Auch auf Auswertungen, bei denen die „sonstigen“ als eigene Art der Behinderung behandelt werden, wird verzichtet, da sie nicht handlungsleitend wären.

Innerhalb der Abschnitte zu den Kategorien der Behinderung werden die Daten zunächst auf Bezirksebene analysiert, dann auf Ebene der Planungsräume (PLR). Die Analysen auf Bezirksebene beginnen mit einer Darstellung von Häufigkeiten und Raten, getrennt nach Menschen mit Schwerbehinderung und solchen mit leichteren Behinderungen. Die weiteren

¹³⁴ (Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg, S. 18).

Analysen beziehen sich nur noch auf Menschen mit Schwerbehinderung.¹³⁵ Hier werden Beobachtet-erwartet-Analysen durchgeführt, d. h. es wird geprüft, ob die Anteile der Menschen mit Schwerbehinderung in Pankow (und anderen Bezirken) so hoch ist, wie angesichts der bezirklichen Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. Hierzu werden sogenannte altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen errechnet. Das verwendete Analyseverfahren wird ausführlich in Kapitel 4 vorgestellt. Ausschließlich altersstandardisierte (nicht statusadjustierte) Verhältniszahlen sind Anhang 13 zu entnehmen.

Beobachtet-erwartet-Analysen wären auch auf Ebene der Planungsräume (PLR) möglich. Sie scheinen jedoch nicht sinnvoll. Denn Menschen mit Behinderungen dürften in vielen Fällen in solchen PLR wohnen, in denen es für sie geeignete Wohnmöglichkeiten gibt. Die Ergebnisse wären daher wenig aussagekräftig, wenn es um die Frage geht, welchen Einfluss das Wohnen in einem bestimmten PLR darauf haben könnte, ob Menschen eine Behinderung entwickeln. Auf solche Analysen wird daher verzichtet.

Die Analysen auf Ebene der PLR verfolgen ein ganz anderes Ziel: Sie sollen Auskunft geben darüber, an welchen Orten man mit behindertengerechter Infrastruktur besonders viele Menschen erreichen kann. Dies kann zum Beispiel bei der optimalen Platzierung von Beratungsstellen oder Anpassungen im Straßenbau hilfreich sein. Um näherungsweise darstellen zu können, ob man mit einer solchen Maßnahme in einem PLR viele oder wenige Menschen der Zielgruppe erreicht, wird die räumliche Dichte von Menschen mit Behinderungen (als Personen pro Hektar) dargestellt.¹³⁶

¹³⁵ Vor den eigentlichen Analysen wurden Variablen berechnet, denen Menschen mit Behinderung einer bestimmten Art (körperlich, geistig etc.) jedweden Grades oder nur Menschen mit Schwerbehinderung zugrunde lagen. Für eine dritte Variable wurden Fälle mit ihrem Grad der Behinderung gewichtet – so dass z. B. ein Mensch mit einem GdB von 100 einen doppelt so hohen Einfluss auf das Ergebnis eines Bezirks oder PLRs hat wie ein Mensch mit einem GdB von 50 (hierbei wurde, wie auch bei Mühling [2000] unterstellt, dass der Grad der Behinderung verhältnisskaliert ist). Jedoch zeigten Berechnungen, dass diese Variablen, die jeweils die gleiche Art der Behinderung darstellen, mit mindestens $r = 0.96$ (auf Ebene der PLR) bzw. $0,98$ (auf Ebene der Bezirke) korrelieren. Für das Verhältnis der Anteile verschiedener Bezirke oder PLR macht es also praktisch keinen Unterschied, welche der Arten der Berechnung man für die Darstellung einer bestimmten Art der Behinderung heranzieht. Gleiches gilt für den Zusammenhang des Anteils von Menschen mit Behinderung mit anderen Variablen. Daher werden für solche Analysen die Daten zugrunde gelegt, die sich auf Menschen beziehen, die durch ihre Behinderung in besonderem Maße belastet sind: solche mit Schwerbehinderung.

¹³⁶ Ein Hektar sind 100×100 Meter, also $0,01 \text{ km}^2$. Genutzt wurde die Variable FLAECHE des Datensatzes RBSFL (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021b). Diese stellt die gesamte Fläche des Planungsraums ohne Abzüge für Wasser o. ä. dar.

10.3 Ergebnisse

10.3.1 Menschen mit seelischen Behinderungen

10.3.1.1 Berliner Bezirke

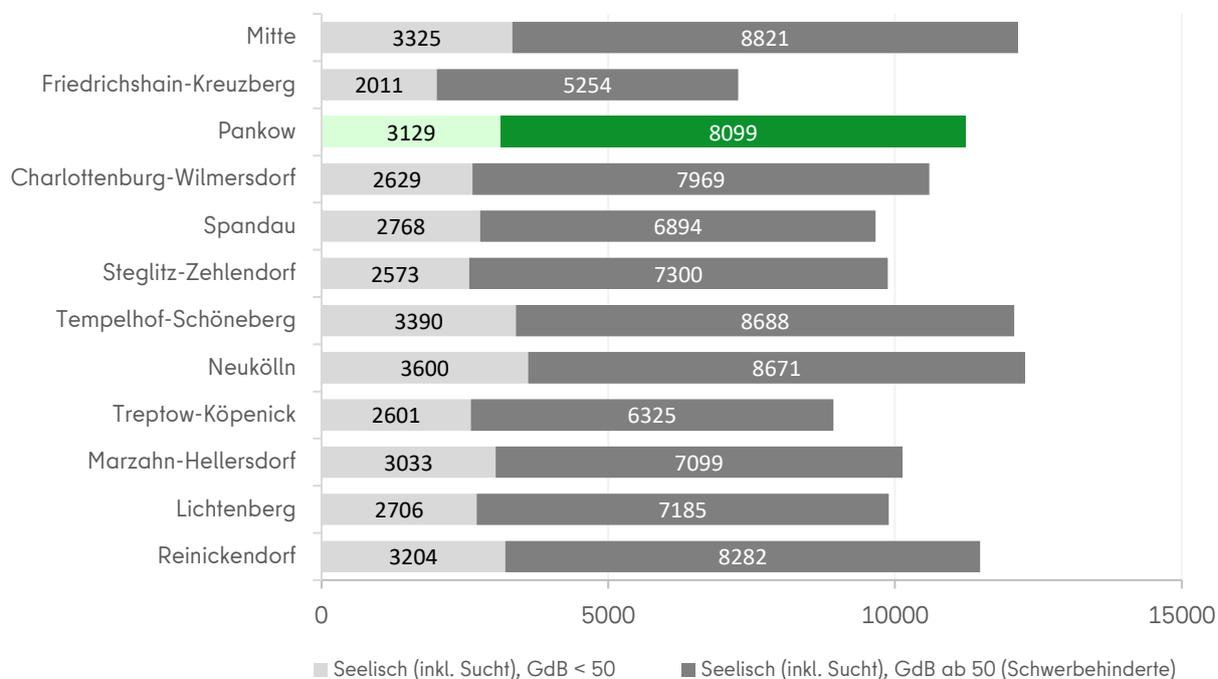


Abbildung 52: Anzahl der Menschen mit seelischer Behinderung (inkl. Sucht) nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023). Daten: LAGeSo, eigene Berechnungen

20% der Behinderungen in Pankow entfallen auf die seelischen Behinderungen; bei den Schwerbehinderungen sind es 22%. Damit sind die seelischen Behinderungen die zweithäufigste Behinderungsart (Anhang 12). In allen Bezirken ist die Zahl der Menschen mit schwerer seelischer Behinderung größer als die der Menschen mit leichterer seelischer Behinderung. Dies illustriert Abbildung 52. Sie zeigt auch, dass in Pankow 11.228 Menschen leben, die wegen einer seelischen Behinderung (inkl. Sucht) einen Grad der Behinderung haben. Dies ist der fünfthöchste Wert in Berlin.

Ein ähnliches Bild ergibt sich, wenn man die Gruppe der Menschen mit seelischer Behinderung exklusive der Menschen mit Sucht betrachtet. In Pankow leben 10.516 Menschen mit seelischer Behinderung in diesem Sinne; dies ist der fünfte Rang hinter Mitte (11.106), Neukölln (11.099), Tempelhof-Schöneberg (10.999) und Reinickendorf (10.521). Beschränkt man die Betrachtung weiter auf Schwerbehinderte, so ergibt sich für Pankow eine Anzahl von 7.553. Dies entspricht dem vierten Rang hinter Mitte (8.000), Tempelhof-Schöneberg (7.849) und Neukölln (7.757). Dies illustriert den Umstand, dass in der Statistik der Menschen mit Behinderung für ganz Berlin nur 7.760 Menschen mit einer Suchterkrankung abgebildet sind; für Pankow sind es 546. Diese

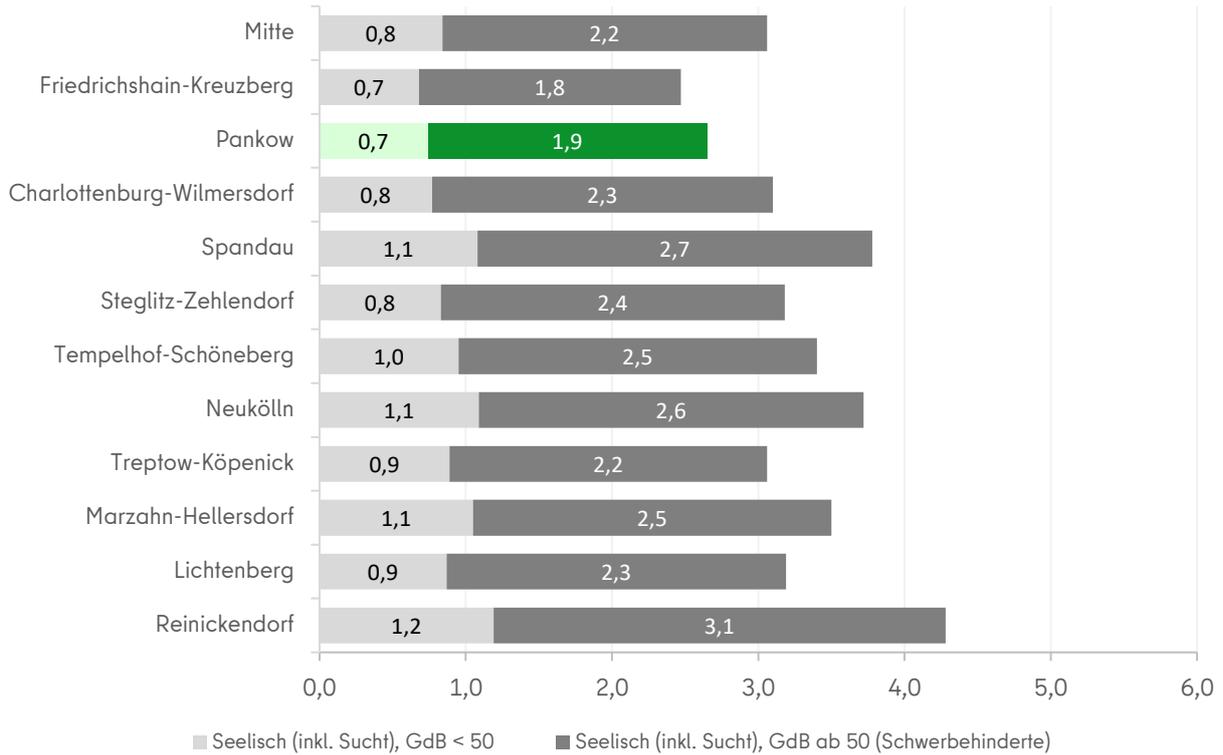


Abbildung 53: Prozentualer Anteil der Menschen mit anerkannter seelischer Behinderung (inkl. Sucht) an der Bevölkerung nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023 [Menschen mit Behinderungen], 30.06.2023 [Einwohnerinnen und Einwohner]. Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen).

Zahlen unterschätzen die Zahl der Menschen mit Suchterkrankungen in Berlin und Pankow sicher ganz erheblich.

In Abbildung 53 ist der Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung an der Bevölkerung dargestellt. Nur in Friedrichshain-Kreuzberg fällt dieser Wert niedriger aus als in Pankow.

Die altersstandardisierte Verhältniszahl zeigt einen sehr starken Zusammenhang mit dem PESIx derart, dass in Bezirken, die sozial schlechter gestellt sind, mehr Menschen mit seelischer Behinderung leben als aufgrund der Altersstruktur zu erwarten ($r = -0,86$).

Dies spiegelt sich auch in dem Umstand, dass nach zusätzlicher Adjustierung mit dem PESIx nur noch kleine Unterschiede in den Verhältniszahlen verbleiben, wie Abbildung 54 zeigt. Pankow liegt mit 1,06 auffällig über dem Wert, der aufgrund der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten ist.

Daher lohnt eine etwas nähere Betrachtung der Werte. Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für sechs Kombinationen von Alter und Geschlecht sind in Tabelle 33 dargestellt. Hier zeigt sich, dass die Werte, für beide Geschlechter, in der Altersgruppe 65-79 Jahre erhöht sind.

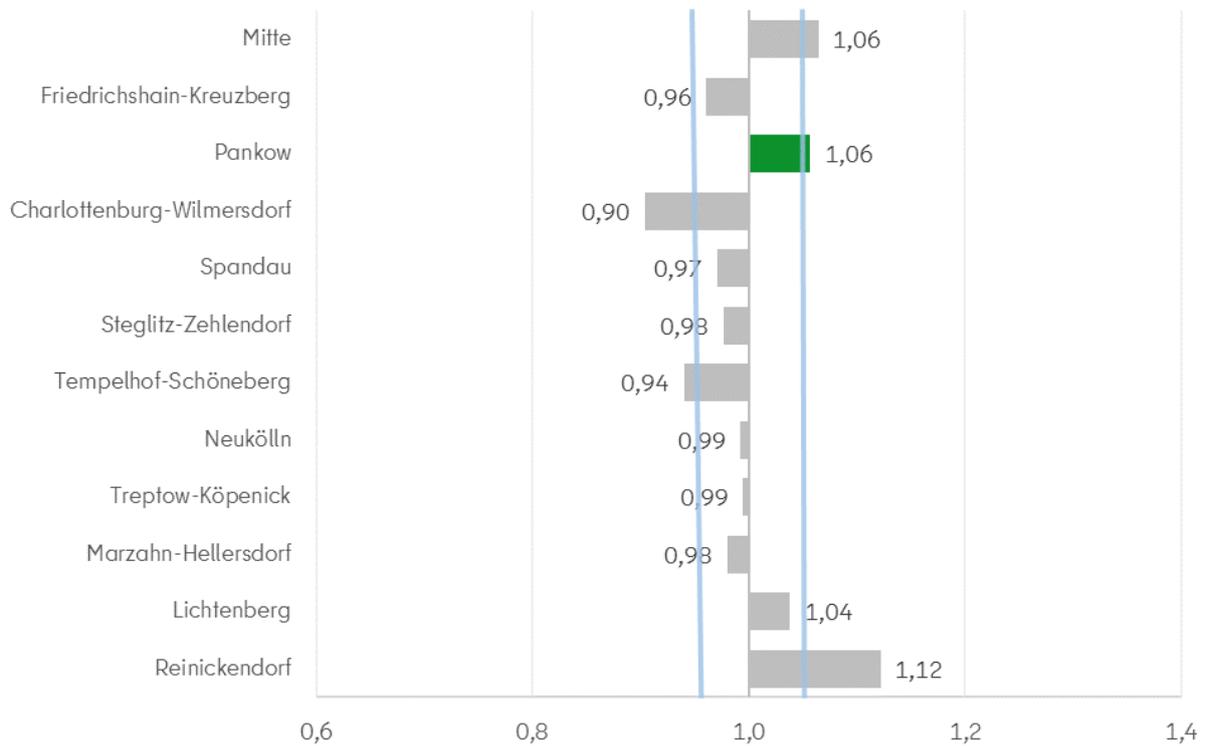


Abbildung 54: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Menschen mit überwiegend seelischer Schwerbehinderung, nach Bezirk. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx. Datenstände: 12.07.2023 (Menschen mit Behinderungen), 30.06.2023 (Einwohnerinnen und Einwohner), Dezember 2022 (PESIx). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen.

Tabelle 33: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für den prozentualen Anteil der Menschen mit schweren seelischen Behinderungen an der jeweiligen Bevölkerungsgruppe, nach Alter und Geschlecht, Pankow, 2023

	unter 65 Jahre	65-79 Jahre	80 Jahre und älter
männlich	1,02	1,15	1,05
weiblich	0,97	1,12	1,07

Farbcodierung: Rötlich: auffällig ungünstiger Wert, gelblich: unauffälliger Wert, grünlich: auffällig günstiger Wert. Der Wert für Berlin gesamt ist definitionsgemäß 1. Ergebnisse werden als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen vom Wert 1 abweichen. Die Standardabweichung wird berechnet auf Basis der Werte für die jeweilige Alters-Geschlechts-Kombination in den 12 Bezirken. 0,8 Standardabweichungen entsprechen: 0,10 (unter 65, männlich), 0,14 (65-79, männlich), 0,13 (80 und älter, männlich), 0,14 (unter 65, weiblich), 0,17 (65-79, weiblich), 0,11 (80 und älter, weiblich). Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx, Bezugszeit Dezember 2022. Daten: Behinderungen: LAGeSo; Bevölkerung: Amt für Statistik Berlin Brandenburg, eigene Berechnungen; PESIx: s. Anhang 2.

10.3.1.2 Pankower Planungsräume

Die räumliche Dichte der Menschen mit seelischer Behinderung zeigt Abbildung 55. Hier ist die deutlich höchste Dichte im PLR Trelleborger Viertel zu beobachten, gefolgt vom PLR Michelangelostraße. Wie zu erwarten sind auch hier die Werte im Pankower Norden eher gering – so wie es schon bei den körperlichen und Sinnesbehinderungen zu beobachten war (Kapitel 7).

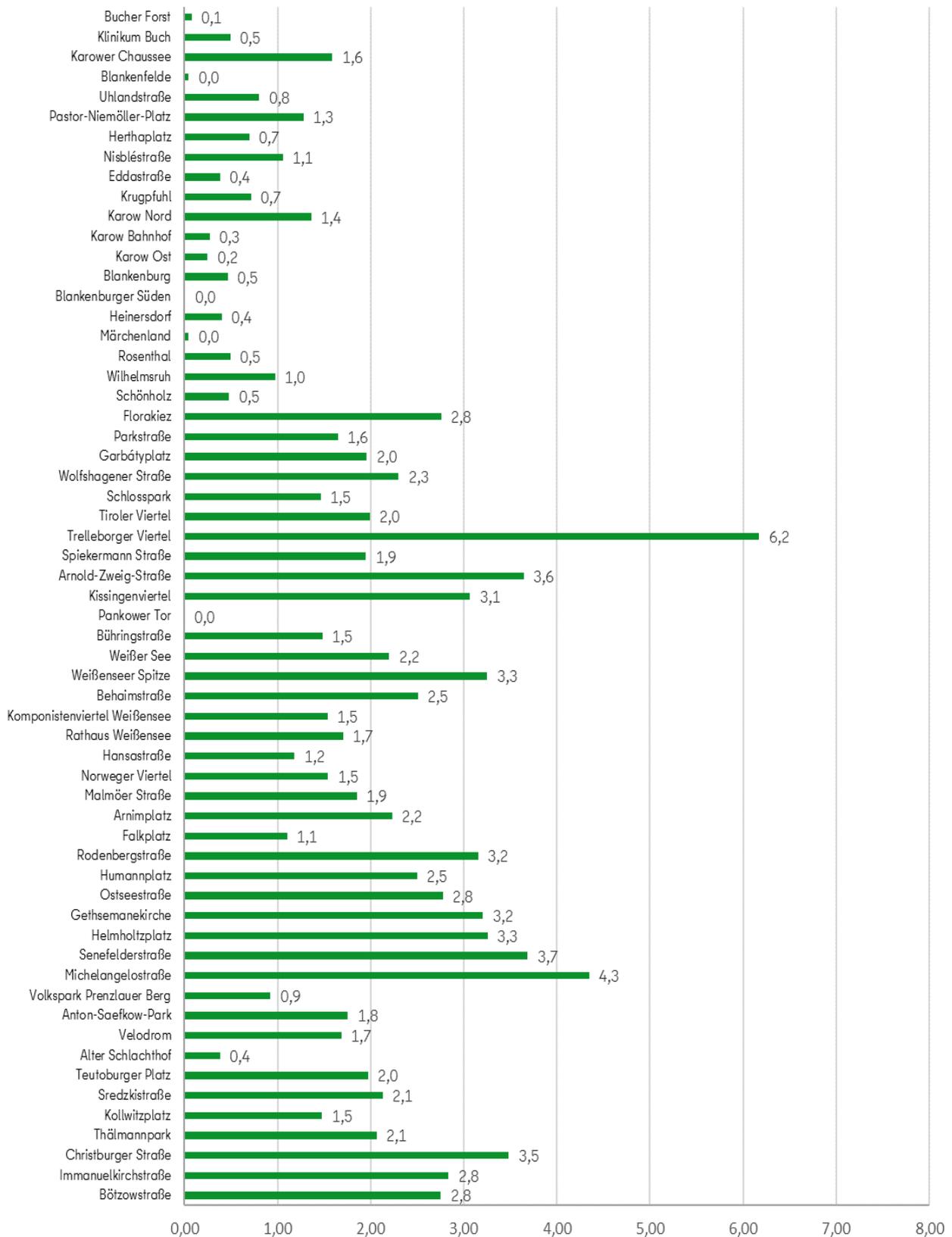


Abbildung 55: Menschen mit seelischer Schwerbehinderung (GdB ≥ 50) pro Hektar nach Planungsraum.
Stand: 12.07.2023. Daten: LAGeSo (Menschen mit Behinderungen); RBS / SenStadtWohn, Amt für Statistik
 Berlin-Brandenburg (Flächen); eigene Berechnungen.

10.3.2 Menschen mit geistigen Behinderungen

10.3.2.1 Berliner Bezirke

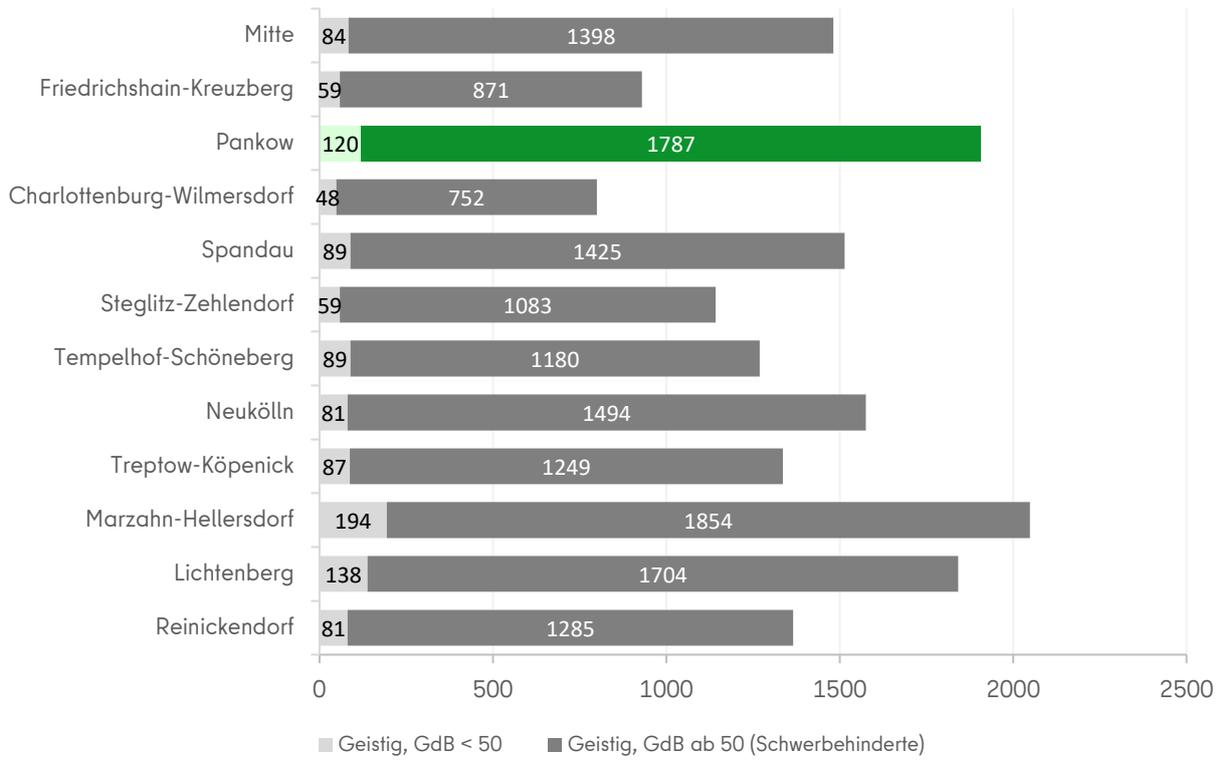


Abbildung 56: Anzahl der Menschen mit geistiger Behinderung nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023). Daten: LAGeSo, eigene Berechnungen.

Die allermeisten Menschen mit anerkanntem GdB wegen einer geistigen Behinderung gelten als Schwerbehinderte. Dies ist, wie Abbildung 56 zeigt, auch in Pankow nicht anders. Sie zeigt außerdem, dass es nur in Marzahn-Hellersdorf mehr Menschen mit anerkannter geistiger Behinderung gibt als in Pankow.

Abbildung 57 zeigt diese Ergebnisse als prozentuale Anteile an der Bevölkerung. Bei dieser Maßzahl liegt Pankow im Mittelfeld der Bezirke.

Die altersstandardisierten Verhältniszahlen variieren ganz erheblich, zwischen 0,55 (Charlottenburg-Wilmersdorf) und 1,60 (Marzahn-Hellersdorf). Dies ist zurückzuführen auf den Umstand, dass das Alter keinen deutlichen Einfluss auf das Auftreten geistiger Behinderungen hat. Somit ist auch keine nennenswerte Anpassung der Raten durch eine Altersstandardisierung zu erwarten. Der Pankower Wert liegt bei 1,01 (s. Anhang 13).

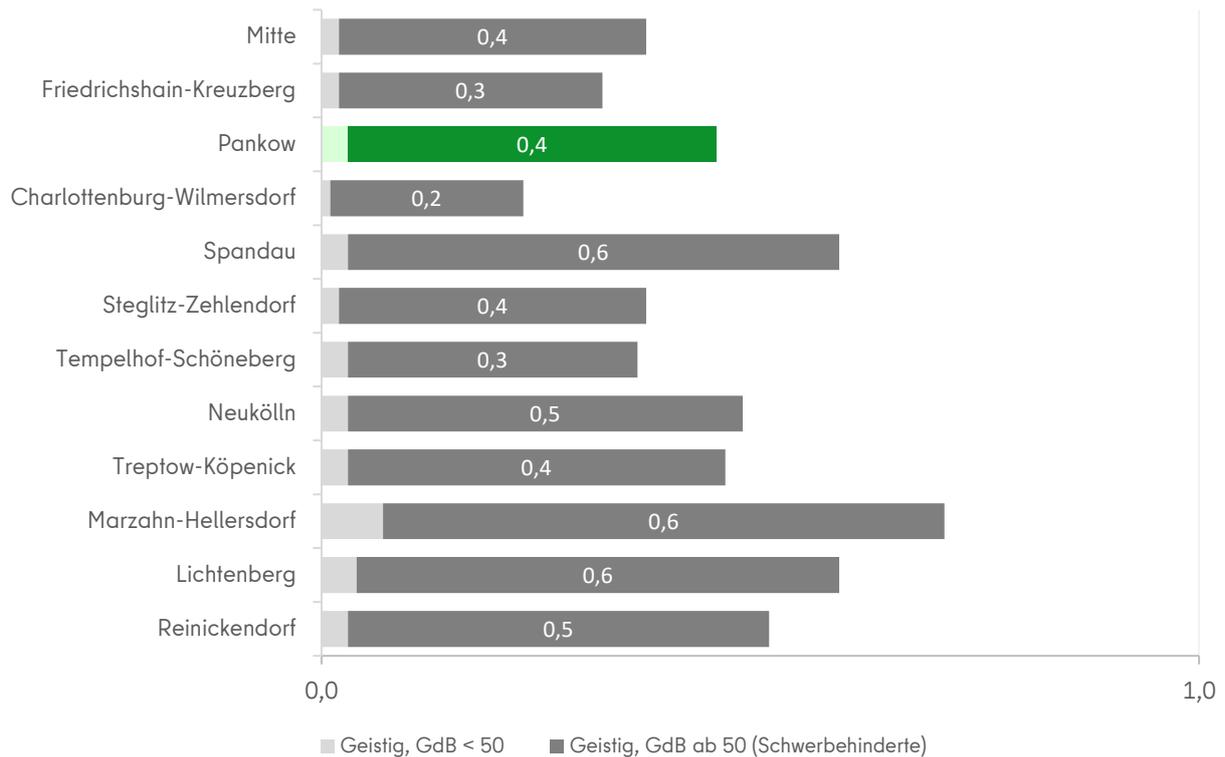


Abbildung 57: Prozentualer Anteil der Menschen mit anerkannter geistiger Behinderung an der Bevölkerung nach Grad der Behinderung und Bezirk (Stand: 12.07.2023 [Menschen mit Behinderungen], 30.06.2023 [Einwohnerinnen und Einwohner]). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen). Die Werte für eine geistige Behinderung mit einem GdB unter 50 liegen – auf eine Nachkommastelle gerundet – zwischen 0,0 und 0,1% der Gesamtbevölkerung.

Betrachtet man den Zusammenhang zwischen altersstandardisierten Verhältniszahlen und der Sozialstruktur, so zeigt sich zwar, dass tendenziell in sozial bessergestellten Bezirken weniger Menschen mit geistiger Behinderung leben; dieser Zusammenhang ist jedoch schwach ($r = -0,10$).

Es zeigen also weder das Alter noch die soziale Stellung des Bezirks wesentliche Zusammenhänge mit der Rate der Menschen mit schwerer geistiger Behinderung.

Dementsprechend variieren die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen deutlicher als die Verhältniszahlen für andere Schwerbehinderungen, wie Abbildung 58 zeigt. Der Pankower Wert ist mit fast genau 1 unauffällig. Daher wird auf eine vertiefende Analyse verzichtet.

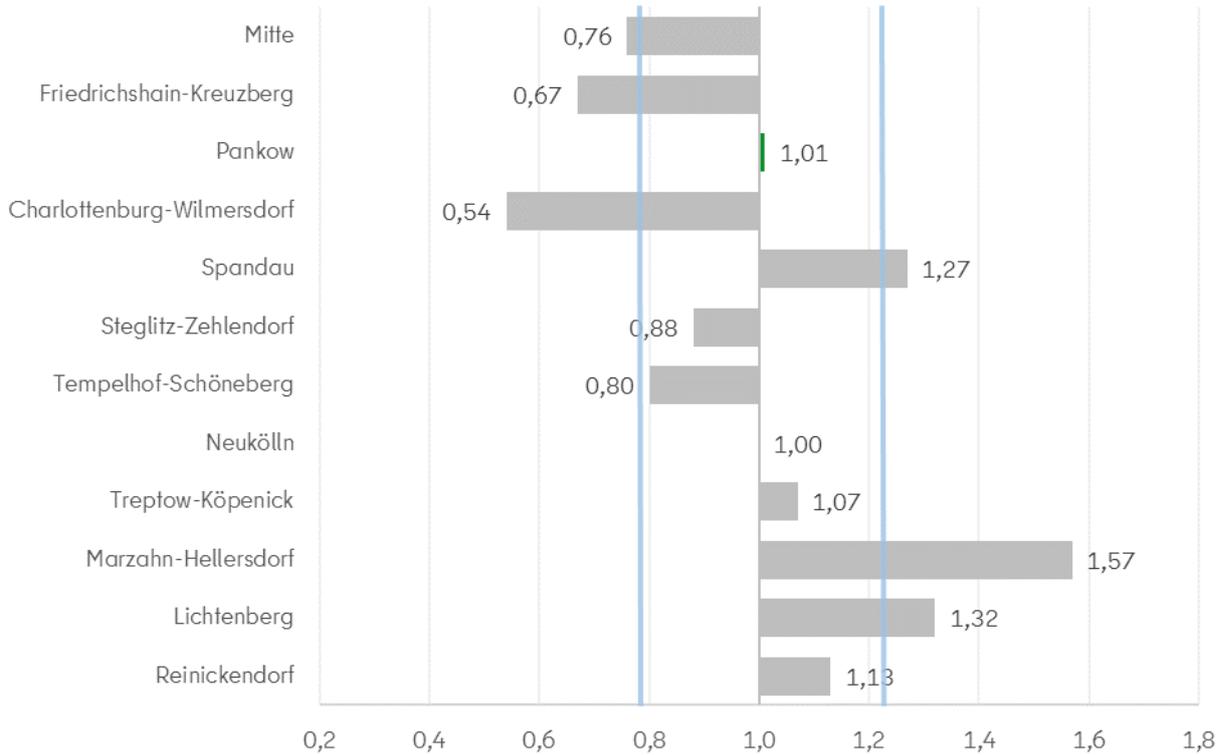


Abbildung 58: Altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahlen für Menschen mit überwiegender geistiger Behinderung (GdB 50 und mehr), nach Bezirk. Die Statusadjustierung erfolgte mit dem PESIx. Datenstände: 12.07.2023 (Menschen mit Behinderungen), 30.06.2023 (Einwohnerinnen und Einwohner), Dezember 2022 (PESIx). Daten: LAGeSo; Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Abgestimmter Datenpool; eigene Berechnungen. Die Verhältniszahl für Berlin insgesamt ist definitionsgemäß genau 1.

10.3.2.2 Pankower Planungsräume

Abbildung 59 zeigt die Zahl der Menschen mit geistiger Behinderung pro Hektar in den Pankower Planungsräumen. Wiederum weisen die Planungsräume des weniger dicht besiedelten Pankower Nordens geringere Werte auf als die anderen PLR, ansonsten zeigt die Verteilung aber ein anderes Bild als für andere Arten der Behinderung. Die höchste Dichte zeigt hier der PLR Weißer See, gefolgt von den PLR Arnold-Zweig-Straße und Malmöer Straße.

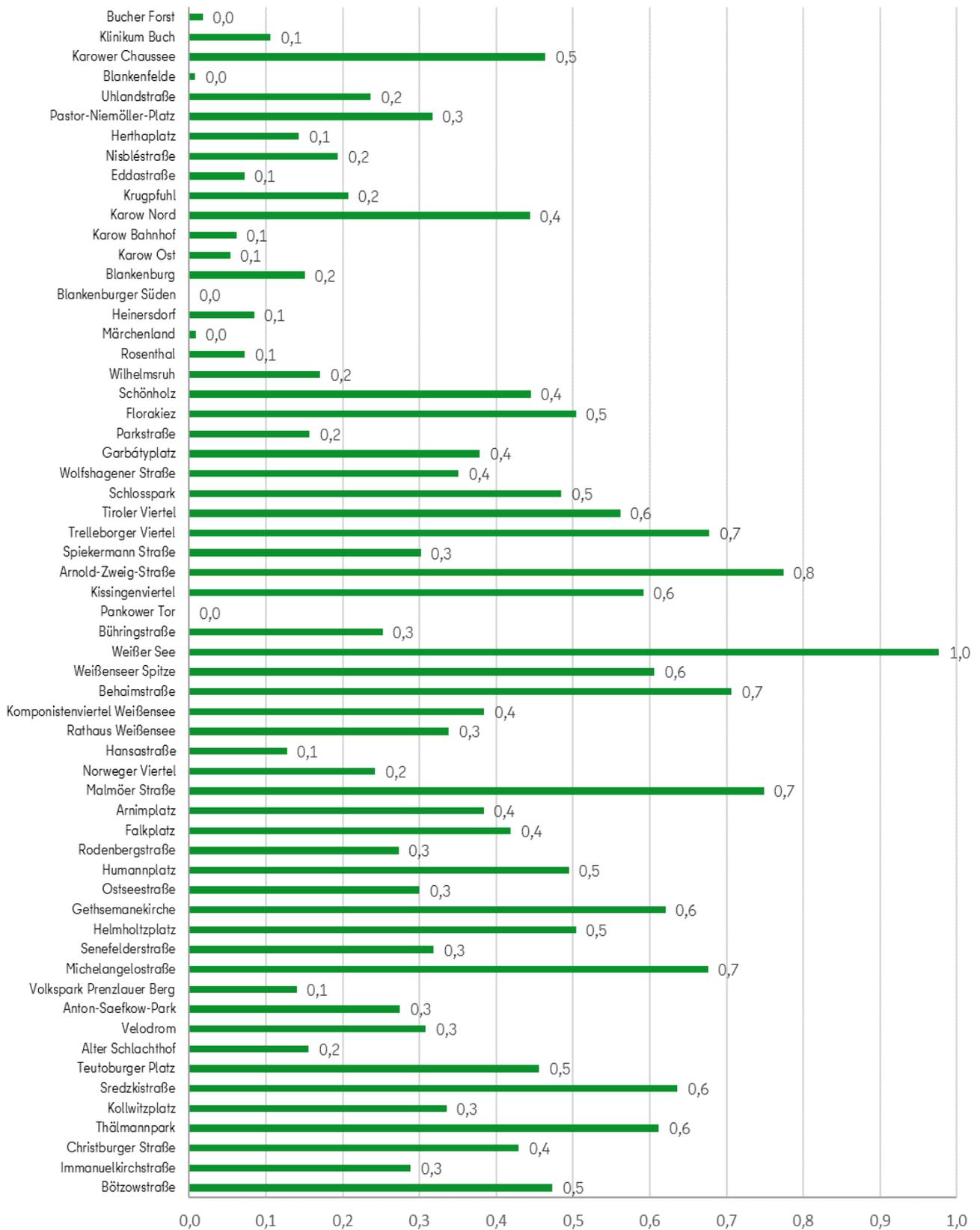


Abbildung 59: Menschen mit überwiegend geistiger Schwerbehinderung (GdB ≥ 50) pro Hektar nach Planungsraum. Stand: 12.07.2023. Daten: LAGeSo (Menschen mit Behinderungen); RBS / SenStadtWohn, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Flächen); eigene Berechnungen.

10.4 Zusammenfassung und Diskussion

In diesem Kapitel wurden statistische Ergebnisse für Menschen mit seelischen und geistigen Behinderungen berichtet. Inhaltlich ergibt es Sinn, die beiden geistig-seelischen Arten der Behinderung in einem Kapitel zusammenzufassen. Doch bezüglich der Ergebnisse zeigen sich recht große Unterschiede.

Der Anteil der Menschen mit geistigen Schwerbehinderungen an allen Menschen mit Schwerbehinderung ist klein; der prozentuale Anteil an der Bevölkerung ist in Pankow etwa so hoch wie im Durchschnitt der Bezirke; die Zusammenhänge mit der Alters- und Sozialstruktur der Bezirke ist schwach; die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für Pankow ist unauffällig.

Anders bei den Menschen mit seelischen Schwerbehinderungen: Ihr Anteil an allen Menschen mit Schwerbehinderung ist eher groß; der prozentuale Anteil an der Bevölkerung ist in Pankow im Vergleich zu anderen Bezirken gering; der Zusammenhang mit der Sozialstruktur ist stark; die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für Pankow ist auffällig groß, also ungünstig.

Mit Bezug auf das letzte Ergebnis stellt sich (wie schon in vorangegangenen Kapiteln) die Frage, in welchem Maße eine Adjustierung mit dem PESIx angemessen ist. Alternativ könnte man sich dafür aussprechen, die Interpretation der Ergebnisse auf die zwar altersstandardisierte, nicht aber statusadjustierte Verhältniszahl zu stützen, die in Anhang 13 dargestellt ist. Dies macht bezüglich der Raten der Menschen mit seelischer Behinderung einen großen Unterschied: Die nur altersstandardisierte (nicht statusadjustierte) Verhältniszahl für Pankow ist mit 0,89 auffällig niedrig (günstig), die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl ist mit 1,06 auffällig hoch (ungünstig). Die Frage, welcher Wert zu bevorzugen ist, kann nicht ohne eine kurze Diskussion der methodisch-statistischen Details beantwortet werden.

Eine Statusadjustierung mit dem PESIx wäre verfehlt, wenn der statistische Zusammenhang zwischen der in Frage stehenden altersstandardisierten Verhältniszahl und dem PESIx vor allem zurückzuführen ist auf eine Wirkung der Gesundheit auf den sozioökonomischen Status. Je mehr dies der Fall ist, desto stärker ist das Argument gegen die Adjustierung mit dem PESIx (Abschnitt 3.2).

Die Werte, die die Bezirke bzgl. des PESIx aufweisen, werden zu gleichen Teilen bestimmt von den Subindizes P-Erwerbsleben und P-Soziale Lage (Anhang 2). Der Subindex P-Soziale Lage beruht auf nur einer Variable, nämlich dem Anteil der volljährigen Personen, die Leistungen nach SGB XII erhalten, an der Gesamtzahl der volljährigen Einwohnerinnen und Einwohnern des Bezirks. Hierunter dürften viele Menschen mit seelischer Behinderung sein, die diese Leistungen erhalten,

weil sie infolge ihrer Behinderung erhalten – was gegen die Adjustierung mit dem PESIx spricht. Es erhalten aber sicherlich auch Menschen Leistungen nach SGB XII, die keine seelische Behinderung haben. Es folgt hieraus, dass die Werte des Subindex P-Soziale Lage nicht vollständig von dem Anteil der Menschen mit seelischer Behinderung an der Bevölkerung determiniert sind.

Der Subindex P-Erwerbsleben dürfte nur in geringem Maße von dem Anteil von Menschen mit seelischer Behinderung an allen Menschen im Bezirk beeinflusst sein, da er, vereinfacht gesagt, die Präsenz nicht erwerbstätiger, aber erwerbsfähiger Personen sowie ihrer Kinder misst (Anhang 2). Auch dieser Subindex bestimmt den PESIx zur Hälfte.

Insgesamt dürfte also der PESIx zu weniger als der Hälfte vom Anteil seelisch behinderter Menschen beeinflusst sein. Es folgt, dass eine Kontrolle des PESIx mehr nutzt als schadet. Deshalb ist es sinnvoll, wenn sich die Interpretation vor allem auf die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl stützt. Gleichzeitig sollte nicht übersehen werden, dass in dieser eine gewisse Überkorrektur enthalten ist. Demnach ist – mit einer gewissen Vorsicht – zu konstatieren, dass die Rate der Menschen mit seelischer Behinderung höher ist als angesichts seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. Für Menschen mit geistiger Behinderung gilt dies nicht.

Eine andere Frage ist es, wie auf bestehende Behinderungen von Seiten des Bezirks reagiert werden kann. Die Darstellungen zur räumlichen Konzentration von Menschen mit Behinderungen in den Pankower Planungsräumen können helfen, die Frage zu beantworten, wo solche Maßnahmen vorgenommen werden sollten, um möglichst viele der Betroffenen zu erreichen. Dies kann z. B. bei der Platzierung von Beratungsstellen hilfreich sein.

11 Gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen I: Umwelt und Umgebung

11.1 Einleitung

In diesem Kapitel werden zwei Aspekte der Umwelt betrachtet, die negative Auswirkungen auf die Gesundheit haben können: Belastungen durch den Luftschadstoff Stickstoffdioxid und durch Hitze. Zu Belastungen durch Lärm, wie sie für eine Großstadt typisch sind, werden keine Auswertungen vorgelegt. Grund hierfür ist nicht, dass das Thema Lärm unwichtig wäre: Vielmehr liegt Evidenz dafür vor, dass Lärm gesundheitsschädlich ist und die WHO hat Empfehlungen dafür ausgesprochen, welche Lärmniveaus nicht dauerhaft überschritten werden sollten.¹³⁷ Geplant war deshalb, Daten zu nutzen, die zuvor für den Umweltgerechtigkeitsatlas verwendet wurden. Jedoch konnten Zweifel an der Validität dieser Daten nicht in hinreichendem Maße ausgeräumt werden.¹³⁸ Da alternative Daten nicht vorliegen, wird auf eine Behandlung des Themas verzichtet. Der Senat plant, im Laufe des Jahres 2024 die Ergebnisse neuer Auswertungen zum Thema Lärm vorzulegen.

Ebenfalls nicht genutzt werden die für den Umweltgerechtigkeitsatlas verwendeten Daten zur Belastung durch Temperaturen. Zweifel an der Validität bestehen hier nicht. Jedoch ist die Aussagekraft der Daten eingeschränkt dadurch, dass die Ergebnisse nur in drei Belastungskategorien (hoch, mittel, niedrig) ausgewiesen werden.¹³⁹ Dies bedeutet gegenüber den Ausgangsdaten einen erheblichen Informationsverlust. Es werden daher Daten genutzt, die

¹³⁷ (Basner, et al., 2014; World Health Organization, 2018)

¹³⁸ Die Werte, die den Planungsräumen zugeordnet werden, sollen nicht die bloße Existenz von Lärm (in Form entsprechender Luftschwingungen) abbilden, sondern vielmehr die Belastung von Anwohnern durch Lärm (Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022, S. 8). Dies scheint für die Zwecke der Gesundheitsberichterstattung sehr sinnvoll. Eine Prüfung der Daten ergab jedoch Zweifel daran, ob die Lärmbelastung in diesem Sinne tatsächlich in den Daten valide abgebildet wird. Insbesondere wird der Planungsraum Pankower Tor der Belastungskategorie „hoch“ zugeordnet. Dies sollte unmöglich sein, da dieser Planungsraum keine Einwohner hat. Auch der Planungsraum Blankenburger Süden (mit weniger als 100 Einwohnern) wird der Belastungskategorie „hoch“ zugeordnet, obwohl er sehr wenige Einwohner hat. Möglicherweise sind diese Ergebnisse darauf zurückzuführen, dass für die Berechnungen Adressdaten aus dem Einwohnerregister nicht genutzt werden konnten und daher die Präsenz von Anwohnern auf Basis eines automatisierten Verfahrens aus der Bebauungsstruktur geschlossen wurde. Es ist denkbar, dass hierbei Gebäude, die tatsächlich nicht bewohnt sind, fälschlich als Wohngebäude interpretiert wurden.

¹³⁹ (Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022, S. 9-10)

diesen Einschränkungen nicht unterliegen. Sie werden näher im entsprechenden Abschnitt 11.3 dargestellt.

Die Daten zu Luftschadstoffbelastungen aus dem Umweltgerechtigkeitsatlas geben keinen Anlass zu Zweifeln an ihrer Validität. Sie unterliegen den gleichen Beschränkungen wie die dort verwendeten Daten zu thermischen Belastungen (drei verteilungsbasierte Kategorien), werden jedoch verwendet, da keine alternativen Daten vorliegen.

11.2 Luftschadstoffbelastung durch Stickstoffdioxid

Stickstoffdioxid (NO₂) ist eine gasförmige chemische Verbindung, die durch Einatmen in den menschlichen Körper gelangt. An Orten, an denen erhöhte Konzentrationen von Stickstoffdioxid zu beobachten sind, zeigen sich auch eine erhöhte Sterblichkeit und insbesondere Krankheiten des Atmungssystems wie COPD.¹⁴⁰ Nach einer Leitlinie der WHO ist dieser Zusammenhang vermutlich kausal.¹⁴¹ Als besonders gefährdet gelten Menschen, deren Atemwege bereits vorgeschädigt sind.¹⁴²

Stickstoffdioxid wird bei Verbrennungsvorgängen erzeugt. In Ballungsräumen sind Verbrennungsmotoren die Hauptquelle. Erhöhte Konzentrationen sind vor allem dort und dann zu beobachten, wo viel motorisierter Verkehr herrscht. Deshalb variieren Stickstoffdioxid-Konzentrationen innerhalb der Stadt stark: Hoch sind sie an großen Straßen bei Tag, niedrig abseits großer Straßen bei Nacht.¹⁴³

Derzeit gilt in Deutschland ein Grenzwert von 40 Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/m³) als Jahresmittelwert. Hiermit wurde die Empfehlung einer älteren WHO-Leitlinie umgesetzt.¹⁴⁴ Mit einer Leitlinie von 2021 hat die WHO den von ihr empfohlenen Richtwert jedoch deutlich auf 10 µg/m³ herabgesetzt.¹⁴⁵ Das Europäische Parlament hat 2023 eine Verhandlungsposition beschlossen, nach welcher die EU-Vorschriften mit den WHO-Leitlinien in Einklang gebracht werden sollen.¹⁴⁶

¹⁴⁰ (World Health Organization, 2021, S. 111-120). „COPD“ steht für „chronic obstructive pulmonary disease“, also chronisch obstruktive Lungenerkrankung. Hierbei ist die Lunge dauerhaft geschädigt und die Atemwege sind verengt, so dass die Versorgung des Körpers mit Sauerstoff erschwert ist (Bundesministerium für Gesundheit, 2023b).

¹⁴¹ (World Health Organization, 2021, S. 114-115)

¹⁴² (Umweltbundesamt, kein Datum, S. 3)

¹⁴³ (Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022, S. 8; Umweltbundesamt, kein Datum, S. 2-6)

¹⁴⁴ (Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz, 2023)

¹⁴⁵ (World Health Organization, 2021, S. 111-120)

¹⁴⁶ (Europäisches Parlament, 2023)

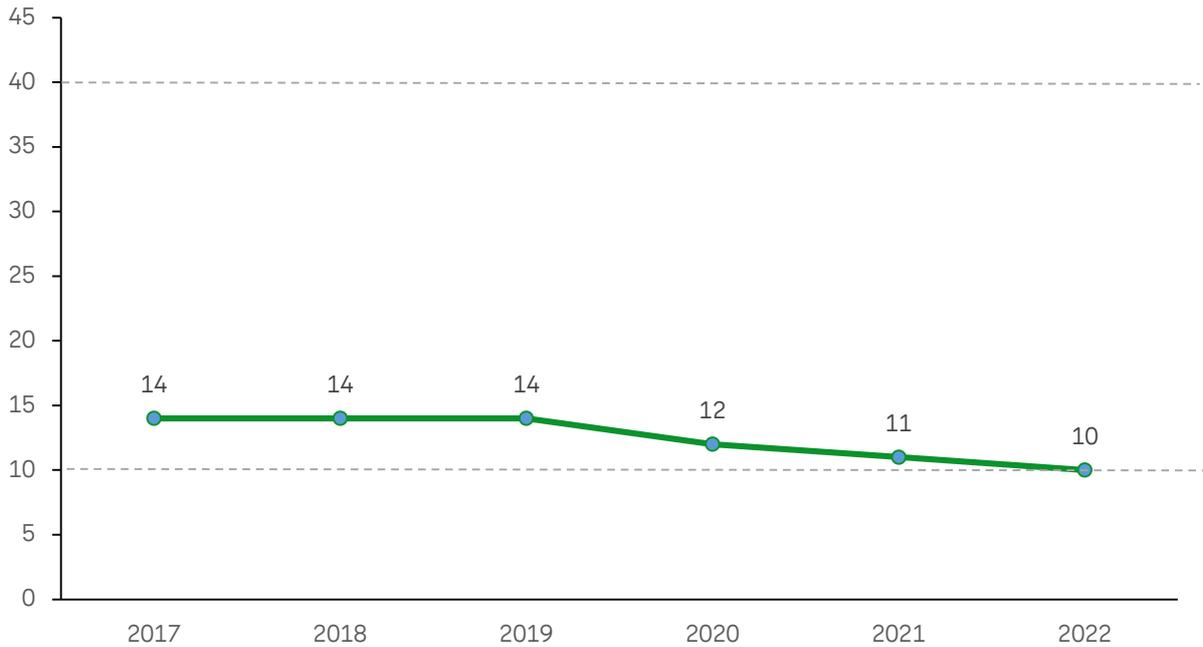


Abbildung 60: Jahresmittelwerte der Belastung der Außenluft durch Stickstoffdioxid (NO₂) in Mikrogramm pro Kubikmeter (µg/m³) an der Messstation Berlin-Buch, 2017-2022. Die waagerechten gestrichelten Linien stellen die aktuell gültigen Grenzwerte gemäß der WHO-Empfehlung von 2005 (oben) bzw. den Grenzwert gemäß der WHO-Empfehlung von 2021 (unten) dar. Daten: Umweltbundesamt (2024), eigene Darstellung

Die Konzentration von Stickstoffdioxid in der Luft wird durch Messstationen erfasst. Eine der Berliner Messstationen befindet sich in Pankow, in der Bezirksregion Buch, nahe der Grenze zu Brandenburg. Ihre Lage wird als „vorstädtisches Gebiet“ eingestuft. Das Umweltbundesamt hat Jahresmittelwerte für die Jahre bis 2022 für diese und andere Messstationen veröffentlicht.¹⁴⁷

Abbildung 60 zeigt, dass der Jahresmittelwert im gesamten Zeitraum weit unter dem alten (derzeit rechtlich gültigen) WHO-Grenzwert lag und 2022 bis auf den neuen WHO-Grenzwert abgesunken ist. Die Aussagekraft dieser Statistik ist jedoch begrenzt. Denn die Messwerte stellen die Luftqualität an nur einem Punkt in Pankow dar. Hinzu kommt, dass Messpunkte in „vorstädtischen“ Gebieten aufgrund ihrer Lage deutlich niedrigere Messwerte aufweisen als solche in städtischen Gebieten. So lag der Jahresmittelwert zum Beispiel am Herrmannplatz (Neukölln) 2022 bei 33 µg/m³. Dementsprechend muss man davon ausgehen, dass auch an vielen Orten in Pankow die Luftbelastung deutlich höher ist als an der Messstation Buch.

Umfassendere Daten – auf Ebene der Planungsräume – zur Verunreinigung der Außenluft mit Stickstoffdioxid liegen aus dem Berliner Umweltgerechtigkeitsatlas vor. Sie beziehen sich auf das Jahr 2019. Hierfür wurden Messdaten mit einem statistischen Schätzverfahren (unter Berücksichtigung des Verkehrsaufkommens und der Bebauungsstruktur) kombiniert, um Angaben für das gesamte Stadtgebiet zu erhalten. Aus kleinräumigeren Daten wurden Jahresmittelwerte für

¹⁴⁷ (Umweltbundesamt, 2024)

jeden Planungsraum bestimmt. Diese Ergebnisse wurden in drei Kategorien eingeteilt. Demnach wird die NO₂-Belastung im Viertel der Planungsräume mit den niedrigsten Werten (NO₂ ≤ 20,5 µg/m³) als „gering“ eingestuft, die in dem Viertel mit den höchsten Werten (NO₂ > 29,7 µg/m³) als „hoch“, die Belastung in den dazwischenliegenden 50% der Planungsräume als „mittel“.¹⁴⁸ Zur Interpretation ist zu beachten, dass die Grenzziehungen der Kategorien nicht auf inhaltlich begründeten Grenzwerten beruhen; sie bilden zum Beispiel weder die alten noch die neuen WHO-Grenzwerte ab. Nichtsdestoweniger erlauben sie eine Einschätzung dazu, in welchen Planungsräumen die Schadstoffbelastung höher und wo sie niedriger ist.

Berlinweit wurden also 50% der Planungsräume der Belastungskategorie „mittel“ zugeordnet und je 25% den Kategorien „gering“ und „hoch“. Die Verteilung in Pankow ist dem ähnlich (27% gering, 45% mittel, 28% hoch).

Diese kategorisierten Werte wurden auch für Abbildung 61 verwendet. Hier ist dargestellt, wie viele Bewohner in den Pankower Planungsräumen von Belastungen durch Stickstoffdioxide in welchem Maße betroffen sind. Die Planungsräume sind von oben nach unten nach Ordnungsnummern, also grob von Norden nach Süden, sortiert. Geringe Belastung durch NO₂ ist grün, mittlere Belastung gelb, hohe Belastung rot dargestellt. Die Länge der Balken entspricht den Einwohnerzahlen.

Die Graphik macht sinnfällig, was man vermuten würde: Im eher ländlich geprägten Norden ist die NO₂-Belastung eher gering, im innenstadtnahen Süden eher hoch. Ein anderer Zusammenhang bestätigt sich dagegen nicht: Häufig wird angemerkt, dass die sozial am schlechtesten gestellten Stadtteile auch den höchsten Umweltbelastungen ausgesetzt sind.¹⁴⁹ Dies trifft für die Belastung durch Stickstoffdioxid in Pankow nicht zu: Sowohl die 17 PLR mit hoher als auch die 15 PLR mit niedriger Belastung sind im Mittel sozial sehr gut gestellt (hohe Belastung: PESIx = 1,71; niedrige Belastung: PESIx = 1,77). Weniger gut ist die soziale Stellung in den Planungsräumen mit mittlerer Belastung (PESIx = 1,28).¹⁵⁰

¹⁴⁸ (Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022, S. 8-9)

¹⁴⁹ (Sachverständigenrat für Umweltfragen, 2023, S. 41; Unabhängiges Institut für Umweltfragen & BUND Landesverband Berlin, 2024, S. 17)

¹⁵⁰ Während sich die Luftschadstoffwerte auf das Jahr 2019 beziehen, wurde für diese Berechnung der PESIx mit dem Bezugszeitpunkt Dezember 2021 verwendet. Grund ist, dass aufgrund der Umstellung der Berliner LOR-Systematik zum 1. Januar 2021 nicht alle Werte, die zur Berechnung des PESIx benötigt werden, für die neuen Planungsraum-Zuschneitte verfügbar sind. Daher wurde notwendigerweise auf den ältesten PESIx zurückgegriffen, der für die neuen Planungsräume vorliegt.

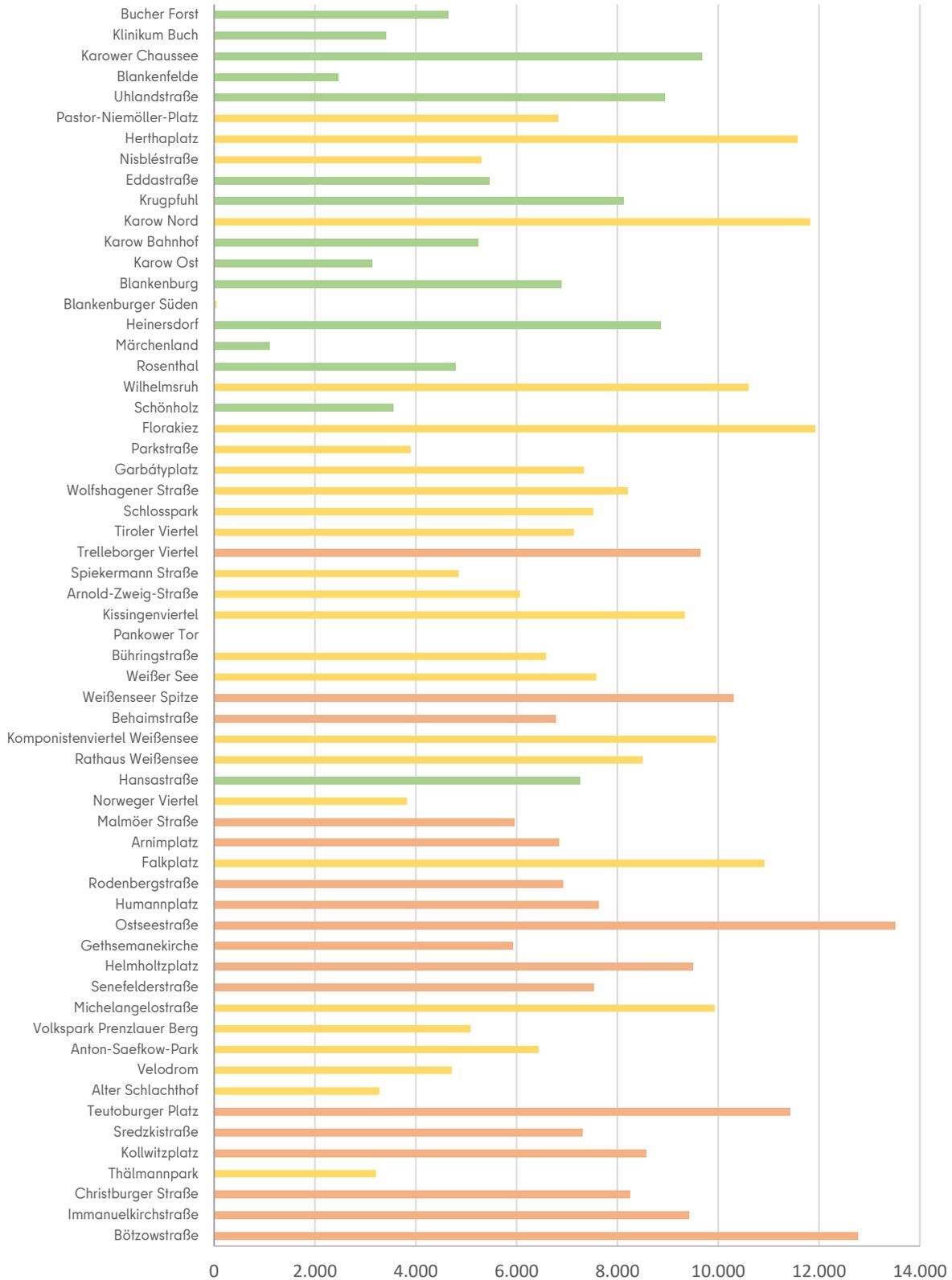


Abbildung 61: Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner in den Pankower Planungsräumen (31. Dezember 2023) und Belastung des Planungsraums mit Stickstoffdioxiden (2019). Belastung: grün = gering; gelb = mittel; rot = hoch. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (Einwohnerinnen und Einwohner), Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022) (Belastung).

11.3 Hitze

Hohe Außentemperaturen und langanhaltende Sonneneinstrahlung wirken sich in vielfacher Weise auf die menschliche Gesundheit aus. Hohe Temperaturen scheinen zu mehr Verkehrsunfällen zu führen,¹⁵¹ möglicherweise auch zu einer erhöhten Zahl von Körperverletzungs- und Tötungsdelikten.¹⁵² Erhöhte UV-Strahlung begünstigt langfristig die Entstehung von Hautkrebs und kurzfristig die Entstehung von bodennahem Ozon, das die Lungenfunktion einschränken kann.¹⁵³ Möglicherweise entstehen durch mehr heiße Tage höhere Belastungen durch Allergene und eine stärkere Verbreitung von Krankheiten durch Überträger wie Zecken.¹⁵⁴ Insbesondere führen hohe Außentemperaturen zu erhöhtem Flüssigkeitsverlust und machen es dem menschlichen Körper besonders schwer, die Körpertemperatur konstant zu halten; sie begünstigen so vielfältige körperliche Überlastungen mit Folgen bis hin zum Tod.¹⁵⁵ Dies ist nicht beschränkt auf Todesursachen, die direkt der Hitze zugerechnet werden wie z. B. Hitzschlag. Vielmehr kann Hitze zu einer Belastung des Körpers führen, die den Tod durch andere Ursachen begünstigt. Daher ist die Gesamtzahl der „Hitzetoten“, also der durch Hitze verursachten Todesfälle, höher als die Zahl der Personen, die an Ursachen sterben, welche direkt der Hitze zugerechnet werden.

Zur Ermittlung der Gesamtzahl der Hitzetoten gibt es verschiedene statistische Schätzmethoden, bei denen Todesfälle und Hitzetage in der Zusammenschau betrachtet werden und auf dieser Basis die hitzebedingte Übersterblichkeit statistisch geschätzt wird.¹⁵⁶ Auf Basis einer solchen Analyse schätzt das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, dass zwischen 1985 und 2021 im Mittel 98 Menschen pro Jahr in Berlin aufgrund von Hitze zu Tode kamen, im Jahr 2022 jedoch 416.¹⁵⁷ Dagegen führt eine im Robert Koch-Institut entwickelte Schätzmethode zu dem Ergebnis, dass es 2022 in Berlin eine hitzebedingte Übersterblichkeit von 200 Personen gab.¹⁵⁸ Die Diskrepanz illustriert, dass solche Schätzverfahren auf unterschiedlichen Annahmen basieren – ein allgemein akzeptiertes Schätzverfahren gibt es nicht – und mit einiger Unsicherheit behaftet sind. Jedoch kommen beide Verfahren zum Ergebnis, dass es eine hitzebedingte Übersterblichkeit mit Häufigkeiten im unteren dreistelligen Bereich gab. Berechnungen dieser Art zeigen auch, dass vor allem Menschen im Alter über 80 betroffen sind.¹⁵⁹ Dies überrascht nicht, weil die Möglichkeiten älterer Menschen, angemessen auf Hitzebelastungen zu reagieren, in vielfacher Weise

¹⁵¹ (Allex & Ortner, 2022, S. 47-48; Allex & Ortner, 2023, S. 39; Statistik Austria, 2022)

¹⁵² (Corcoran & Zahnow, 2022)

¹⁵³ (Mücke, Klasen, Schmoll, & Szewzyk, 2009, S. 1, 10-11; Straff, et al., 2017, S. 7-8)

¹⁵⁴ (Augustin, et al., 2018, S. 178-181; Kaspar-Off, Hertig, Traidl-Hoffmann, & Fairweather, 2020, S. 39-40)

¹⁵⁵ (Augustin, et al., 2018, S. 174; Meade, et al., 2020)

¹⁵⁶ (Axnick, 2021; Winklmayr, Muthers, Niemann, Mücke, & an der Heiden, 2022)

¹⁵⁷ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2023b)

¹⁵⁸ (Robert Koch-Institut, 2023a; Robert Koch-Institut, 2023b)

¹⁵⁹ (Axnick, 2021; Winklmayr, Muthers, Niemann, Mücke, & an der Heiden, 2022)

eingeschränkt sind.¹⁶⁰ Als weitere Risikogruppen gelten kranke sowie im freien arbeitende Menschen, Kleinkinder, Schwangere, Obdachlose sowie Personen mit verschiedenen Vorerkrankungen.¹⁶¹ Negative Folgen für die Gesundheit sind vor allem dann zu erwarten, wenn sich Menschen bei Hitze intensiv körperlich anstrengen, zu wenig trinken oder wenn sie Kokain oder Alkohol zu sich nehmen.¹⁶² Möglicherweise spielt auch die soziale Einbindung eine Rolle: Personen die alleine lebten, hatten ein besonders hohes Risiko, während der Chicagoer Hitzewelle von 1995 zu versterben.¹⁶³ Solche Hitzewellen, bei denen es über zahlreiche Tage hinweg heiß ist, sind besonders gesundheitsgefährdend.¹⁶⁴

Neben dem Wetter hat auch die bauliche Gestaltung der Umwelt einen Einfluss auf die Hitzebelastung. In dicht bebauten Gebieten wird Wärme besonders effektiv gespeichert und über Nacht wieder abgegeben, so dass es zu ungewöhnlich warmen Nächten kommt.¹⁶⁵ Physische Umgebungen unterscheiden sich außerdem dahingehend, wie viel Schatten sie bieten, ob sie Wind abhalten und in welchem Maße sie die Entstehung von Luftfeuchtigkeit begünstigen. Weil Bebauung, wie sie für Städte typisch ist, Hitzebelastung begünstigt, bilden Städte im Sommer „Hitzeinseln“, die von einem kühleren ländlichen Raum umgeben sind.¹⁶⁶

Die Hitzebelastung wird häufig mithilfe der Lufttemperatur gemessen. Ein besseres Maß für die Belastung von Menschen bei hohen Temperaturen ist jedoch die „wet bulb globe temperature“ (WBGT). In diese Maßzahl gehen neben der Lufttemperatur auch die Luftfeuchtigkeit und -geschwindigkeit sowie die Wärmestrahlung ein.¹⁶⁷ Die WBGT wird, wie die Lufttemperatur, in Grad Celsius ausgedrückt. Jedoch liegt ihr Wert üblicherweise deutlich unter dem Wert der Lufttemperatur: Als Faustregel kann man sich merken, dass die WBGT und die Lufttemperatur im Schatten dann etwa gleich sind, wenn Windstille herrscht und die Luftfeuchtigkeit 99% beträgt.

¹⁶⁰ (Meade, et al., 2020; Petkova, Dimitrova, Sera, & Gasparrini, 2021, S. 868-869)

¹⁶¹ (Baker, 2022, S. 45; Meade, et al., 2020; Mücke, Klasen, Schmoll, & Szewzyk, 2009, S. 4; Weltgesundheitsorganisation, 2019)

¹⁶² (Ebi, et al., 2021)

¹⁶³ (Semenza, et al., 1996)

¹⁶⁴ (Axnick, 2021, S. 38-39)

¹⁶⁵ (Kaspar-Ott, Hertig, Traidl-Hoffmann, & Fairweather, 2020, S. 39)

¹⁶⁶ (Macintyre, Heaviside, Xiaoming, & Phalkey, 2021, S. 1; Umweltbundesamt, 2022)

¹⁶⁷ (Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen, 2023; Occupational Safety and Health Administration, kein Datum)

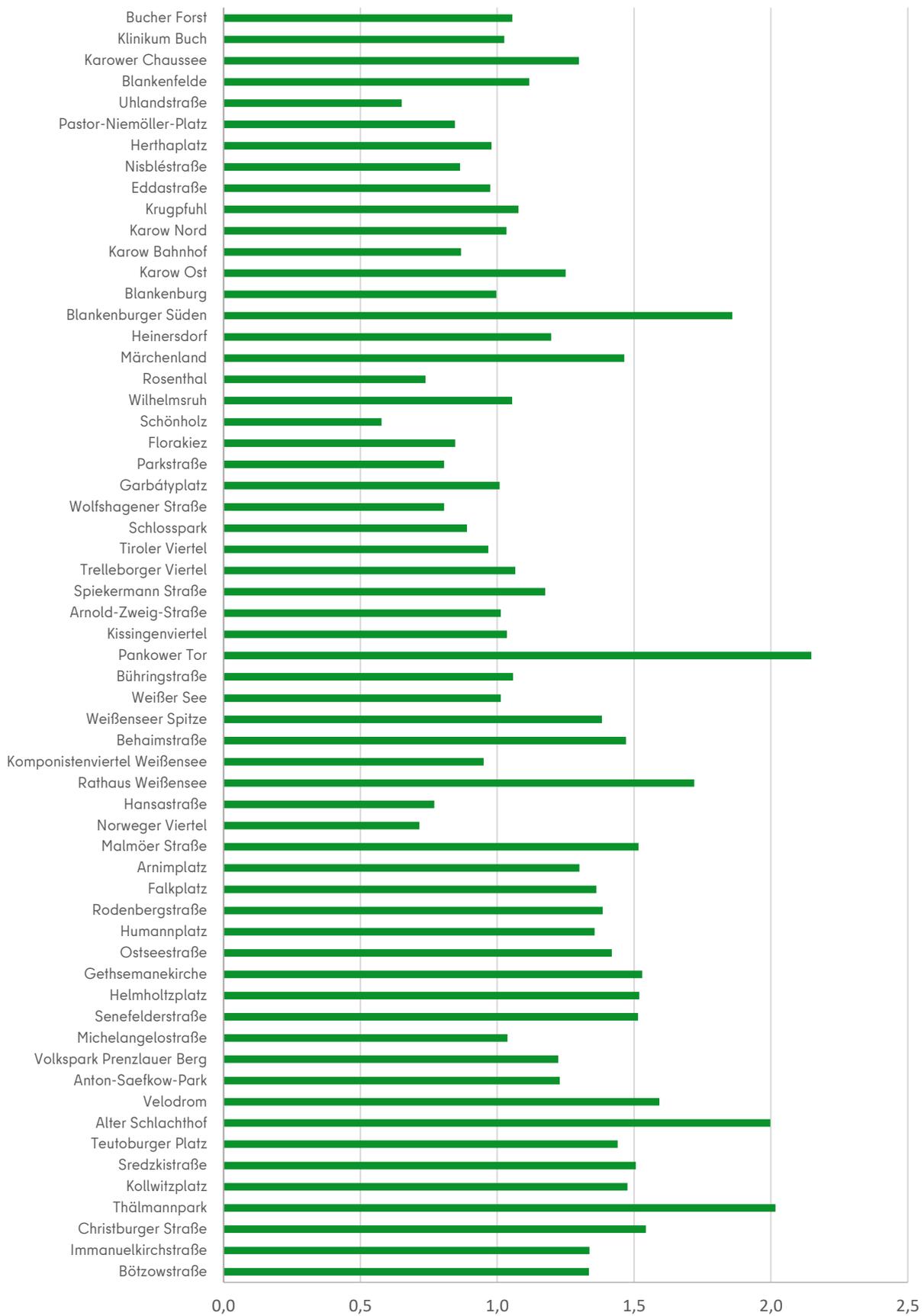


Abbildung 62: Mittlere Anzahl der Tage pro Jahr mit einer Wet Bulb Globe Temperature von mindestens 28 Grad Celsius, nach Planungsräumen, Pankow 2011-2020. Daten: Climate Analytics.

Die WBGT wird auch für die Darstellung der Belastung von Pankower Planungsräumen durch Hitze in diesem Abschnitt verwendet. Zugrunde liegen Daten, die im Rahmen des Projektes „Hitzestress und Anpassungsmaßnahmen in der Metropolregion Berlin-Brandenburg“¹⁶⁸ erhoben wurden. Das bearbeitende Institut, Climate Analytics, hat im Nachgang freundlicherweise eine Sonderauswertung auf Ebene der Pankower Planungsräume durchgeführt und die Ergebnisse zur Verfügung gestellt. Die Werte für die Planungsräume wurden für jedes Jahr aus auf der Basis der Ergebnisse für Pixel von 100 x 100 Metern Größe gemittelt und diese Ergebnisse über die Jahre 2011-2020 wiederum gemittelt. Abbildung 62 zeigt Resultate, nämlich die mittlere Anzahl von Tagen pro Jahr, an denen die WBGT den Wert von 28 Grad Celsius überschreitet. Dieser Wert entspricht – im Schatten und bei Windstille – einer Temperatur von 30 Grad Celsius bei einer Luftfeuchtigkeit von 86% oder 35 Grad bei einer Luftfeuchtigkeit von 57% oder 40 Grad bei einer Luftfeuchtigkeit von 38%. Er gilt als Grenzwert für starke durchschnittliche Hitzebelastung und es wird dementsprechend empfohlen, körperliche Aktivitäten im Freien einzuschränken, um Gesundheitsrisiken zu vermeiden.¹⁶⁹

Wie Abbildung 62 deutlich macht, ergeben sich die höchsten Werte in den Planungsräumen Pankower Tor (der derzeit keine Einwohnerinnen und Einwohner hat), Thälmannpark und Alter Schlachthof. Ähnlich wie bei den Luftschadstoffbelastungen gibt es einen Anstieg der Werte von Nord nach Süd, er ist jedoch nicht allzu ausgeprägt.

Wie im vorangegangenen Abschnitt erwähnt, wird häufig festgestellt, dass die Umweltbelastungen in sozial benachteiligten Stadträumen besonders ausgeprägt sind.¹⁷⁰ Dies ist mit Bezug auf Hitzebelastungen im Vergleich der Pankower Planungsräume zutreffend, jedoch ist der Zusammenhang schwach ($r = -0,10$).¹⁷¹

11.4 Zusammenfassung und Diskussion

Dieses Kapitel stellte dar, in welchem Maße Pankow belastet ist durch zwei Umwelteinflüsse: Stickstoffdioxid und Hitze. In beiden Fällen wurde die Verteilung dieser Belastungen auf die Pankower Planungsräume dargestellt. Für beide Formen der Belastung zeigte sich im innenstadtnahen Süden eine höhere Belastung als im Norden, nahe der Landesgrenze zu

¹⁶⁸ (Kellou, et al., 2024)

¹⁶⁹ (Kellou, et al., 2024, S. 33)

¹⁷⁰ (Unabhängiges Institut für Umweltfragen & BUND Landesverband Berlin, 2024, S. 17; Sachverständigenrat für Umweltfragen, 2023, S. 14)

¹⁷¹ Hitzebelastung gemessen mit der mittleren Zahl der Tage, an denen die WBGT ≥ 28 Grad Celsius war, soziale Benachteiligung mit dem PESIx, Bezug Dezember 2021. Die Korrelation ist nicht bevölkerungsgewichtet. Die Planungsräume Pankower Tor und Blankenburger Süden waren aus der Berechnung ausgeschlossen, da sie weniger als 1.000 Einwohner haben.

Brandenburg. Für konkrete Planungen wird es häufig sinnvoller sein, auf kleinräumigere Daten zurückzugreifen.

Sollten die Grenzwerte für Stickstoffdioxid gesenkt werden wie vom Europäischen Parlament angestrebt, so wäre zu erwarten, dass sie in vielen Pankower Planungsräumen häufig überschritten werden. Ein probates Mittel zur Verringerung der Belastung ist die Verringerung von motorisiertem Verkehr – wobei es jedoch offensichtlich zu Zielkonflikten aufgrund von Mobilitätsbedarfen kommen kann. Ohnehin ist der bezirkliche Einfluss in diesem Bereich begrenzt, da Bezirke nur für den ruhenden Verkehr sowie fließenden Verkehr auf Nebenstraßen zuständig sind.¹⁷² Der Verkehr im sogenannten „übergeordneten Straßennetz“ fällt dagegen in die Zuständigkeit des Senats.¹⁷³

Dagegen gibt es bezüglich des Hitzeschutzes vielfache bezirkliche Einflussmöglichkeiten, und das Thema genießt in Pankow bereits eine hohe Aufmerksamkeit. Nicht alle Daten und Analysen, die mit den zur Verfügung stehenden Daten vorgenommen werden könnten, wurden in diesem Basisbericht präsentiert. Andere Daten für Hitze in Planungsräumen wurden hier nicht dargestellt, da sie naturgemäß hoch mit der genutzten Kennzahl und untereinander korrelieren – wodurch sie nur wenige Zusatzkenntnisse bieten. Andere Analysen wären bei Bedarf denkbar: So ließe sich zum Beispiel die Zahl der (besonders gefährdeten) über-80-Jährigen multiplizieren mit der Zahl der (besonders gefährlichen) Tage mit sehr hohen Temperaturen, um eine Schätzung der Gesamtgefährdung pro Planungsraum zu erhalten. Auch hier gilt, dass es häufig sinnvoller sein dürfte, kleinräumigere Daten zu nutzen, wenn konkrete Planungen durchgeführt werden sollen.

Sollen hierbei Gesundheitsgefahren minimiert werden, so wäre es verfehlt, ausschließlich auf die Absenkung von Temperaturen im Stadtraum abzielen. In diesem Fall bestünde die Gefahr, dass die getroffenen Maßnahmen mehr schaden als nützen. Denn Studien, die nicht nur die Auswirkungen hoher, sondern auch die niedriger Temperaturen betrachten, kommen regelmäßig zu dem Ergebnis, dass kältebedingte Tode häufiger sind als solche, die durch hohe Temperaturen verursacht werden.¹⁷⁴ Solche Studien auf Basis deutscher Daten liegen nicht vor, jedoch wurden einige Analysen von Orten durchgeführt, deren Klima dem Berlins ähnlich ist.

Eine Studie der Gesamtsterblichkeit in Sofia kam zu dem Ergebnis, dass zwischen 2000 und 2017 der Kälte etwa 10 mal so viele Tode zuzurechnen waren wie der Hitze¹⁷⁵; zum praktisch gleichen Ergebnis kommt eine Analyse von Daten der drei größten Städte Englands¹⁷⁶. In einer Analyse von 18 französischen Großstädten zwischen 2000 und 2010 ergab sich dagegen die Schätzung, dass

¹⁷² (Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt, kein Datum a)

¹⁷³ (Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt, kein Datum b)

¹⁷⁴ (Burkart, et al., 2021)

¹⁷⁵ (Petkova, Dimitrova, Sera, & Gasparini, 2021)

¹⁷⁶ (Arbuthnott, Jajat, Heaviside, & Vardoulakis, 2020)

Kälte nur gut 3-mal so viele Tode verursacht wie Hitze.¹⁷⁷ Die meisten dieser zusätzlichen Tode sind nicht auf kältespezifische Ursachen zurückzuführen. Vermutlich ist die Hauptursache für kältebedingte Tode – ähnlich wie bei den hitzebedingten Toden – dass sie den Körper unter Stress setzen und es ihm erschweren, die zum Überleben notwendigen Funktionen aufrecht zu erhalten.¹⁷⁸

Selbst Hitzeinseln schützen die Gesundheit im Winter möglicherweise mehr als sie diese im Sommer gefährden. Eine Analyse für Birmingham und Umgebung kam zu dem Ergebnis, dass der Hitzeinsel-Effekt zwar im Sommer zusätzliche Todesfälle verursacht, dem jedoch knapp 3 mal so viele verhinderte Tode im Winter entgegenstehen, welche darauf zurückzuführen sind, dass Hitzeinseln auch im Winter wärmer sind als andere Gebiete. Nach diesen Ergebnissen schützt also das Leben in der Stadt aufgrund der damit verbundenen höheren Temperaturen die Bewohner vor zusätzlichen Toden, wenn man das ganze Jahr betrachtet. Auch für das Jahr 2080 schätzen die Autoren (nach Berücksichtigung erwarteter Temperaturerhöhungen) noch einen, allerdings deutlich kleineren, Schutzeffekt der Hitzeinseln.¹⁷⁹

Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass bei Maßnahmen des Hitzeschutzes beachtet werden sollte, ob diese auch im Winter zu kühleren Temperaturen führen. Unkritisch erscheinen in dieser Hinsicht zum Beispiel Sonnensegel, die im Sommer Verschattung bieten und im Winter abgenommen werden können. Skeptischer wären bauliche Maßnahmen zu betrachten, die sommers wie winters zu Verschattung führen. Diese könnten, insgesamt betrachtet, der Gesundheit mehr schaden als nutzen.

¹⁷⁷ (Pascal, et al., 2018)

¹⁷⁸ (Donaldson & Keatinge, 2002)

¹⁷⁹ (Macintyre, Heaviside, Xiaoming, & Phalkey, 2021)

12 Gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen II: Versorgungsstruktur

12.1 Einleitung

Dieses Kapitel stellt ausgewählte Aspekte der Versorgung vor: Krankenhäuser, niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, die pflegerische Versorgung sowie die bezirklichen Steuerungsgremien, die die Hilfen im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung steuern. Bei der Darstellung wird nicht versucht, durchgängig die Versorgung körperlich und psychisch Erkrankter getrennt darzustellen, da dies die Darstellung unnötig verlängern würde. Wo sinnvoll und möglich, finden sich in den einzelnen Abschnitten entsprechend differenzierende Darstellungen.

12.2 Krankenhäuser

Die Krankenhausplanung obliegt in Deutschland den Bundesländern. Aktuell gültig ist in Berlin der Krankenhausplan 2020. Für den Krankenhausplan wurde eine Bedarfschätzung vorgenommen, auf deren Basis Festlegungen für den Zeitraum bis zum Jahr 2025 getroffen wurden. Die so festgelegten Leistungen, die ein Krankenhaus gegenüber gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten erbringen darf und muss, werden für die Krankenhäuser durch einen Feststellungsbescheid verbindlich. Arten von Leistungen, die hier nicht festgelegt sind, kann das Krankenhaus nicht mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen.¹⁸⁰

Zentrale Größe der Krankenhausplanung ist das „Krankenhausbett“. Hier wird differenziert nach vollstationären Betten, teilstationären Plätzen und Belegbetten¹⁸¹. Auch stationsäquivalente Behandlungskapazitäten¹⁸² werden gesondert ausgewiesen. Für jede dieser Kategorien wird festgelegt, wie viel davon ein Krankenhaus vorzuhalten hat. Betten für gesunde Neugeborene und

¹⁸⁰ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 11-12)

¹⁸¹ Belegbetten, sind Betten, die von Belegärztinnen und -ärzten bzw. ihren Patientinnen und Patienten genutzt werden. Belegärztinnen und -ärzte nutzen die Infrastruktur eines Krankenhauses, sind jedoch nicht bei diesem angestellt, sondern rechnen direkt mit den Kassen ab. Belegärztliche Betten können voll- oder teilstationär sein (AOK-Bundesverband, kein Datum). In Abgrenzung von den Belegbetten werden die von Krankenhausärztinnen und -ärzten genutzten Betten „hauptamtlich geführte Betten“ genannt. Das Krankenhaus darf jederzeit hauptamtlich geführte in Belegbetten umwandeln, vorausgesetzt dies geschieht „im Benehmen mit der Planungsbehörde [und] im Rahmen der im Krankenhausplan bzw. Feststellungsbescheid vorgegebenen Abteilungsstruktur“. Dagegen gilt die Umwidmung von Belegbetten in hauptamtlich geführte Betten als „Neuaufnahme von Betten in den Krankenhausplan“ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 38).

¹⁸² Die stationsäquivalente Behandlung „umfasst eine psychiatrische Behandlung im häuslichen Umfeld durch mobile, ärztlich geleitete multiprofessionelle Behandlungsteams. Sie entspricht hinsichtlich der Inhalte sowie der Flexibilität und Komplexität einer vollstationären Behandlung“ (Deutsche Krankenhausgesellschaft, 2024).

Begleitpersonen werden nicht mitgerechnet. Festgelegt wird außerdem die Zuordnung von Kapazitäten zu Disziplinen (Fachgebieten) der Medizin. In der Regel muss ein Krankenhaus, das Behandlungen in diesem Fachgebiet anbietet, den diesbezüglichen Versorgungsauftrag vollumfänglich erfüllen - es darf also nicht nur solche Behandlungen aus Gebieten anbieten, die besonders gewinnbringend sind. Die Geriatrie gilt in diesem Zusammenhang als eigene Hauptdisziplin. Insgesamt werden 18 Hauptdisziplinen unterschieden.¹⁸³

Die im Krankenhausplan festgelegten Kapazitäten dürfen nur mit Zustimmung der Planungsbehörde unterschritten werden. Ein Überschreiten der Kapazitäten ist zulässig, jedoch bedeutet dies, „dass die Betten, die oberhalb der im Plan festgelegten Zahl betrieben werden, nicht im Krankenhausplan aufgenommen sind“¹⁸⁴ und dürfte daher häufig nicht wirtschaftlich sein. Dementsprechend gab es am 30. Juni 2020 in Berliner Plankrankenhäusern nur 364 Betten (1,6%) mehr als im zu diesem Zeitpunkt gültigen Krankenhausplan festgelegt.¹⁸⁵

Bei unveränderter Gesamtbettenzahl des Standortes dürfen Kapazitäten zwischen den somatischen Disziplinen umgewidmet werden, jedoch darf die im Plan pro Hauptdisziplin festgelegte Zahl um maximal 15% unter- oder überschritten werden. Gleiches gilt innerhalb einer Hauptdisziplin für die Umwidmung von teil- in vollstationäre Kapazitäten oder umgekehrt.¹⁸⁶

Drei der Hauptdisziplinen sind den psychischen Bereich zuzuordnen: „Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“ sowie „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Eine Umwidmung von Kapazitäten dieser Disziplinen auf den somatischen Bereich oder umgekehrt ist nicht vorgesehen.¹⁸⁷

Aufgrund dieser Regelungen ist davon auszugehen, dass die im Krankenhausplan ausgewiesenen Zahlen von Plätzen eine gute Näherung an die Zahl der tatsächlich vorhandenen Plätze bieten.

Der Bettenbedarf wird auf Basis der Einwohnerzahl, der Fallzahl, der durchschnittlichen Verweildauer und dem angestrebten durchschnittlichen Bettennutzungsgrad („Normauslastung“) berechnet.¹⁸⁸ Hierbei wird die demographische Entwicklung berücksichtigt, gleichzeitig jedoch angenommen, dass sich zukünftige Entwicklungen wie der medizinisch-technische Fortschritt und Veränderungen der Krankheitslasten in den Altersgruppen bedarfsmindernd auswirken werden. Im

¹⁸³ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 38-40)

¹⁸⁴ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 41)

¹⁸⁵ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 60, eigene Berechnung)

¹⁸⁶ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 41)

¹⁸⁷ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 41)

¹⁸⁸ Der Bettennutzungsgrad ist der prozentuale Anteil der Betten, die belegt sind. Hierbei gilt, dass für Fachabteilungen, in denen die Verweildauer länger ist, höhere Bettennutzungsgrade angestrebt werden als in solchen, für die kurze Verweildauern typisch sind (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 64-67).

Fall der psychiatrisch-psychotherapeutischen Fachabteilungen wird der so vorläufig errechnete Bedarf noch durch eine zusätzliche fachliche Bewertung angepasst.¹⁸⁹

Zwar wird im Krankenhausplan der Anspruch formuliert, „dass sich die richtigen Krankenhäuser am richtigen Platz befinden“,¹⁹⁰ doch die Bedarfsanalysen beziehen sich in der Regel auf Berlin als Ganzes, so dass die Bezirke als räumliche Einheiten eine untergeordnete Rolle spielen.

Dementsprechend bezieht sich auch die Planung darauf, welche Versorgungsmöglichkeiten in Berlin insgesamt vorgehalten werden müssen. Von dieser Regel gibt es zwei Ausnahmen. Erstens wird eine „wohnortnahe Sicherstellung der Basisversorgung, vor allem auch der geriatrischen Krankenhausversorgung“ sowie der Notfallversorgung angestrebt. Zweitens soll die Pflichtversorgung „im Bereich der Psychiatrie, integrierte psychiatrische Versorgung“ regional sichergestellt werden. Hierbei ist der relevante räumliche Bezug für die Erwachsenenpsychiatrie der Bezirk, für die Kinder- und Jugendpsychiatrie die „Region“, die jeweils zwei Bezirke umfasst. Pankow bildet gemeinsam mit Reinickendorf die „Region Nord“.¹⁹¹

Tabelle 34 stellt die Plätze in Pankower Plankrankenhäusern laut Krankenhausplanung 2020 dar. Hier zeigt sich, dass sämtliche 18 Hauptdisziplinen in Pankow abgedeckt werden. Insgesamt sind im somatischen Bereich 1.989 Betten und im psychiatrisch-psychotherapeutischen Bereich 468 Betten vorgesehen.

¹⁸⁹ (Bundeskartellamt, 2021, S. 141; Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 64-67, 74-77)

¹⁹⁰ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 13)

¹⁹¹ (Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung, 2021, S. 10, 43)

Tabelle 34: Plätze in Pankower Plankrankenhäusern gemäß Krankenhausplan des Landes Berlin 2020, nach Krankenhaus und Fachabteilung

	Alexianer St. Joseph- Krankenhaus Berlin- Weißensee	Caritas-Klinik Maria Heimsuchung Berlin-Pankow	Evangelische Lungenklinik Berlin	Helios Klinikum Berlin-Buch	Immanuel Krankenhaus Berlin	Park-Klinik Weißensee	Pankow gesamt
Augenheilkunde				20			20
Chirurgie		80	35	227		107	449
Frauenheilkunde und Geburtshilfe		40		83		20	143
Geriatric				140			140
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde				40		40	80
Haut- und Geschlechtskrankheiten				22			22
Innere Medizin		125	126	290	85	115	741
Kinder- und Jugendheilkunde				95			95
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie				20			20
Neurochirurgie				45			45
Neurologie	49			41		42	132
Nuklearmedizin				15			15
Physikalische und rehabilitative Medizin				10			10
Strahlentherapie				32			32
Urologie				45			45
Somatisch gesamt	49	245	161	1.125	85	324	1.989
Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie				98			98
Psychiatrie und Psychotherapie	356						356
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie						14	14
Psychiatrisch/psychotherapeutisch gesamt	356	0	0	98	0	14	468

Daten: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2021), eigene Berechnungen

Es stellt sich die Frage, ob der Anteil Pankows am Berliner Bedarf an Krankenhausplätzen damit besser oder schlechter abgedeckt ist als der Bedarf in Berlin insgesamt. Um diese Frage zumindest näherungsweise beantworten zu können, zeigt Tabelle 35 für Pankow und Berlin Krankenhausfälle, Krankenhausplätze und ihr Verhältnis. Hierbei werden Fälle aus den beiden Jahren 2019 und 2021 herangezogen: 2021, weil es das jüngste Jahr ist, für das Daten vorliegen, 2019, weil die Fallzahlen aus diesem letzten Jahr vor der Pandemie typischer sein dürften. Zur Interpretation ist zu beachten, dass bei den Fällen nur vollstationäre Behandlungsfälle (unabhängig von ihrer Dauer) gezählt werden. Details zu dieser Statistik sind Anhang 8 zu entnehmen.

Tabelle 35: Plätze in Plankrankenhäusern gemäß Krankenhausplan des Landes Berlin 2020 im Verhältnis zu Krankenhausfällen 2019 und 2021, nach Art der Fachabteilung bzw. Hauptdiagnose, Pankow und Berlin im Vergleich

	Plätze		KH-Fälle		Fälle/ Plätze		KH-Fälle		Fälle/ Plätze	
	Pankow	Berlin	2019	2019	2019	2019	2021	2021	2021	2021
somatisch	1.989	18.748	65.989	687.130	33,2	36,7	56.625	570.711	28,5	30,4
psychisch	468	4.584	4.936	45.736	10,5	10,0	4.614	39.393	9,9	8,6

Abkürzung: KH: Krankenhaus. Daten: Krankenhaus-Fälle: AfS Berlin Brandenburg / Berechnung: SenGPG - IA ; Krankenhaus-Plätze: Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung (2021); eigene Berechnungen

Tabelle 35 zeigt, dass das Pankower Verhältnis sowohl 2019 als auch 2021 im somatischen Bereich günstiger war als das für Berlin insgesamt. Im psychischen Bereich ist es umgekehrt: Sowohl 2019 als auch 2021 kamen mehr Pankower Fälle auf einen Pankower Platz als dies für Berlin insgesamt der Fall war.

Natürlich ist in diesem Zusammenhang zu beachten, dass Berlinerinnen und Berliner Krankenhäuser außerhalb ihres Bezirks nutzen können. Dies schlägt sich auch auf die Erreichbarkeit von Krankenhäusern aus verschiedenen Pankower Bezirksregionen nieder. Diese ist, grob gesprochen, nördlich der Bezirksregion Pankow Zentrum deutlich weniger günstig als südlich dieser Bezirksregion: Nördlich dieser Bezirksregion liegen typische Reisezeiten mit dem öffentlichen Personennahverkehr über 30 Minuten, südlich davon darunter. Dabei kommt den Bewohnerinnen und Bewohnern südlicher Bezirksregionen zugute, dass sie viele nahegelegene Krankenhäuser in angrenzenden Bezirken nutzen können.¹⁹²

¹⁹² (Stadtentwicklungsamt Pankow, 2021, S. 46-47, 158)

12.3 Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte

Die zweite große Säule der Gesundheitsversorgung bilden in Deutschland neben den Krankenhäusern die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte. Ärztinnen und Ärzte, die mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen wollen, können sich nicht einfach da niederlassen, wo sie wollen. Hierzu ist vielmehr ein Kassenarztsitz notwendig. Wie viele Kassenarztsitze es wo gibt, wird anhand der Bedarfsplanung ermittelt. Diese soll eine „flächendeckende, wohnortnahe vertragsärztliche Versorgung der Bevölkerung“¹⁹³ sicherstellen. Für die Berechnung der Bedarfe gibt es bundesweite Vorgaben, die von sogenannten Landesausschüssen umgesetzt werden.¹⁹⁴ Die Landesausschüsse bestehen aus Vertreterinnen und Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Kranken- und Ersatzkassen sowie der Patientinnen und Patienten.¹⁹⁵

In der Bedarfsplanung wird ein Soll-Niveau festgelegt, also wie viele Einwohnerinnen und Einwohner es pro Ärztin oder Arzt einer Fachrichtung in einem geographischen Raum geben soll. Diese Zahl wird alle zwei Jahre aktualisiert und berücksichtigt neben der Einwohnerzahl die Alters- und Geschlechtsverteilung sowie die Belastung der örtlichen Bevölkerung durch Krankheiten. Darüber hinaus wird berücksichtigt, dass an einigen Orten viele Patientinnen und Patienten aus dem Umland mitversorgt werden, während es an anderen Orten umgekehrt ist. Die Grundzüge des Verfahrens werden in Anhang 16 dargestellt.

Auf diese Weise wird ermittelt, welche Bedarfe an Ärztinnen und Ärzten der verschiedenen Fachrichtungen für einen Ort gelten. Die maßgebliche geographische Einheit hierbei ist der „Planungsbereich“. Das Verhältnis der tatsächlich ansässigen Ärzte zum ermittelten Soll wird als „Versorgungsgrad“ bezeichnet. Ist ein Versorgungsgrad von 110% in einem Planungsbereich erreicht, so treten Beschränkungen für neue Niederlassungen in Kraft. Bei einem Versorgungsgrad von 140% treten zusätzliche Beschränkungen in Kraft.¹⁹⁶

Ganz Berlin ist ein einheitlicher Planungsbereich. Demnach gilt im Regelfall, dass Ärztinnen und Ärzte, die sich in Berlin niederlassen dürfen, sich irgendwo in der Stadt niederlassen dürfen. Jedoch kann unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit einer „abweichenden Raumgliederung“ genutzt werden, bei dem innerhalb eines Planungsbereichs Räume speziell ausgewiesen und für sie separate Versorgungsgrade berechnet werden.¹⁹⁷

¹⁹³ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

¹⁹⁴ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

¹⁹⁵ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024b, s. v. „Landesausschuss“)

¹⁹⁶ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

¹⁹⁷ (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2023, S. 3-4)

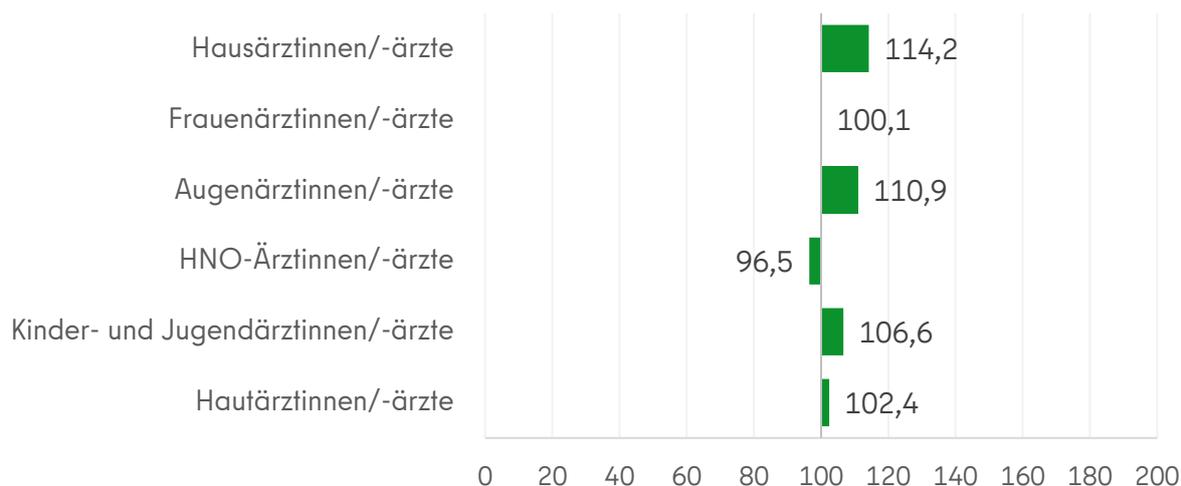


Abbildung 63: Rechnerische Versorgungsgrade Pankows mit Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachrichtungen (in Prozent des errechneten Bedarfes), 1. Juli 2020. Daten: Kassenärztliche Vereinigung Berlin (2023, S. 6-9)

Um zu prüfen, ob die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind, hat die Kassenärztliche Vereinigung Berlin „rechnerische Versorgungsgrade“ pro Bezirk kalkuliert und veröffentlicht. Dies sind diejenigen Versorgungsgrade, die man erhalten würde, wenn jeder Bezirk ein einheitlicher Planungsbereich wäre. Stand ist der 1. Juli 2020.

Demnach reichen die bezirklichen Versorgungsgrade bei den Hausärztinnen und -ärzten von 81,0% (Treptow-Köpenick) bis 127,2% (Charlottenburg-Wilmersdorf), bei den Frauenärztinnen und -ärzten von 70,4% (Neukölln) bis 181,9% (Charlottenburg-Wilmersdorf), bei den Augenärztinnen und -ärzten von 86,2% (Treptow-Köpenick) bis 163,4% (Friedrichshain-Kreuzberg), bei den HNO-Ärztinnen und -Ärzten von 88,4% (Lichtenberg) bis 197,7% (Charlottenburg-Wilmersdorf), bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten von 81,0% (Treptow-Köpenick) bis 144,4% (Steglitz-Zehlendorf) und bei den Hautärztinnen und -ärzten von 62,3% (Neukölln) bis 166,7% (Charlottenburg-Wilmersdorf).¹⁹⁸ Insgesamt zeigt sich ein Muster, bei dem sozioökonomisch bessergestellte Bezirke höhere Versorgungsgrade aufweisen. Bei gegebenem sozioökonomischen Status weisen Bezirke im ehemaligen West-Berlin tendenziell höhere Versorgungsgrade auf als die im ehemaligen Ost-Berlin.

Stimmig mit diesem Muster sind die Versorgungsgrade Pankows, die für verschiedene Facharztgruppen in Abbildung 63 dargestellt sind. Einerseits liegt der Versorgungsgrad Pankows in diesen Facharztgruppen - mit Ausnahme der HNO-Ärztinnen und -Ärzte - über 100%. Andererseits ist er bei weitem nicht so hoch, wie man erwarten würde, wenn man ausschließlich die sozioökonomische Lage in Pankow betrachtet.

¹⁹⁸ (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2023, S. 6-9)

Aufgrund der deutlichen Unterschiede zwischen den Bezirken wurde mit dem Bedarfsplan 2023 beschlossen, verschiedene Steuerungsinstrumente einzusetzen, die darauf hinwirken sollen, dass diese Unterschiede verringert werden. Insbesondere wurde mit Bezug auf Hausärztinnen und -ärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzte von der Möglichkeit der abweichenden Raumgliederung Gebrauch gemacht. Hierfür werden – facharztgruppenspezifisch – einige Bezirke als gesonderte Planungsbereiche ausgewiesen, für die von den anderen Berliner Bezirken abweichende Zahlen von Bewohnerinnen und Bewohnern pro Ärztin oder Arzt angestrebt werden.¹⁹⁹ Diese Zahlen sind niedriger als in den anderen Berliner Bezirken. Das liegt daran, dass die Bezirke, die zu gesonderten Planungsbereichen gemacht wurden, u. a. danach ausgewählt wurden, dass in ihnen ein hoher Bedarf besteht.

Dies bedeutet gleichzeitig, dass sich diese Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Ärztin oder Arzt für alle anderen Bezirke erhöht gegenüber derjenigen, die für sie gültig wäre, wenn es eine einheitliche Zahl für ganz Berlin gäbe. Die meisten Bezirke werden in diesem Sinne durch die Ausweisung gesonderter Planungsbereiche schlechter gestellt gegenüber dem Regelfall, in dem Berlin als einheitlicher Planungsbereich behandelt würde. Dies gilt auch für Pankow: Die Zahl der Bewohnerinnen und Bewohner pro Ärztin oder Arzt, die einem Versorgungsgrad von 100% entspricht, wird höher sein als die, die für Pankow gegolten hätte, wenn keine gesonderten Planungsbereiche ausgewiesen worden wären.

Für die die Facharztgruppen der allgemeinen fachärztlichen Versorgung außer der kinder- und jugendärztlichen Versorgung werden andere Steuerungsinstrumente eingesetzt.²⁰⁰ Diese beziehen sich nicht auf die Planungsbereiche, sondern auf Bezirke. Erstens sollen generell Praxisverlegungen in unterdurchschnittlich gut versorgte Bezirke erleichtert und in überdurchschnittlich gut versorgte Bezirke verhindert werden. Wird die Führung einer Praxis in einem sehr gut versorgten Bezirk nachbesetzt, so soll der Praxisstandort in der Regel in einen der drei am geringsten versorgten Bezirke verlegt werden.²⁰¹ Da Pankow weder einer der am besten noch einer der am schlechtesten versorgten Bezirke ist, dürften die Auswirkungen dieser Steuerungen begrenzt sein. Das heißt, im Bereich der allgemeinen fachärztlichen Versorgung

¹⁹⁹ Besondere Planungsbereiche bei den Hausärztinnen und -ärzten: Planungsbereich II: Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf; Planungsbereich III: Treptow-Köpenick. Besondere Planungsbereiche bei den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten: Planungsbereich II: Lichtenberg, Marzahn-Hellersdorf; Planungsbereich III: Treptow-Köpenick; Planungsbereich IV: Spandau, Reinickendorf. Je höher die Nummerierung des Planungsbereiches, desto geringer zurzeit der Versorgungsgrad (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2023).

²⁰⁰ Zur allgemeinen fachärztlichen Versorgung werden Facharztgruppen gezählt, deren Leistungen recht häufig nachgefragt werden. Hierzu zählen neben den Kinder- und Jugendärztinnen und -ärzten Vertreterinnen und Vertreter folgender Disziplinen: Augenheilkunde, Chirurgie und Orthopädie, Frauenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Urologie (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2023).

²⁰¹ (Kassenärztliche Vereinigung Berlin, 2023, S. 14)

außer der kinder- und jugendärztlichen Versorgung sind keine allzu großen Veränderungen zu erwarten.

12.4 Altenpflege

12.4.1 Ambulante Pflege

In Pankow waren am 15.12.2021 52 der 670 Berliner ambulante Pflege- und Betreuungsdienste ansässig.²⁰² Interessanter als die Zahl der Dienste ist die Zahl der dort beschäftigten Arbeitskräfte. Diese ist in Tabelle 36 dargestellt. Die Daten stellen sämtliche Beschäftigten unabhängig von ihrer konkreten Tätigkeit dar und sind der Pflegestatistik der statistischen Ämter entnommen, mit Ausnahme der Anzahl der Vollzeitäquivalente (VZÄ). Diese wurde für den vorliegenden Bericht anhand eines Verfahrens geschätzt, das in Anhang 17 dargestellt ist.

Die Zahl der Vollzeitäquivalente Pankows liegt im mittleren Bereich. Errechnet man das Verhältnis der durch ambulante Dienste betreuten Pflegebedürftigen zu den VZÄ, so ergibt sich ein uneinheitliches Bild: Für Berlin insgesamt ergibt sich ein Verhältnis von 2,2; die Spanne reicht von 1,6 (Friedrichshain-Kreuzberg) bis 3,6 (Treptow-Köpenick). Pankow liegt mit einem Wert von 2,6 deutlich über dem Durchschnitt. Dies könnte bedeuten, dass Pankow mit den Leistungen ambulanter Dienste im Dezember 2021 schlechter versorgt war als der typische Berliner Bezirk.

Tabelle 36: Personal (Anzahl) der ambulanten Dienste nach Beschäftigungsverhältnis sowie VZÄ (geschätzt), nach Bezirk, 15. Dezember 2021

	gesamt	darunter Vollzeit	darunter Teilzeit	darunter Praktikant/in, Schüler/in, Azubi	darunter FSJ / BFD	VZÄ
Mitte	1.774	785	940	49	0	1.382
Friedrichshain-K'berg	2.413	630	1.723	60	0	1.709
Pankow	1.858	785	1.025	47	1	1.433
Charlottenburg-W'dorf	4.284	1.979	2 228	77	0	3.374
Spandau	1.679	739	906	33	1	1.308
Steglitz-Zehlendorf	1.788	671	1.091	26	0	1.348
Tempelhof-Sch'berg	2.329	963	1.335	30	1	1.792
Neukölln	1.685	707	894	83	1	1.294
Treptow-Köpenick	1.276	354	899	23	0	913
Marzahn-Hellersdorf	1.817	755	1.040	21	1	1.400
Lichtenberg	1.690	701	933	54	2	1.298
Reinickendorf	1.794	793	929	72	0	1.394
Berlin gesamt	24.387	9.862	13.943	575	7	18.643

Abkürzungen: Azubi: Auszubildende/r; BFD: Bundesfreiwilligendienst; FSJ: Freiwilliges Soziales Jahr; VZÄ: Vollzeitäquivalente. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b), Tab. 2.4, eigene Berechnungen (s. Anhang 17)

²⁰² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022d), Tab. 2.2

12.4.2 Stationäre Pflege

Tabelle 37: Kennwerte der stationären Einrichtungen (Pflegeheime) inklusive Kurzzeitpflege und teilstationären Einrichtungen, nach Bezirk, 15. Dezember 2021

	Anzahl Pflegebedürftige	Anzahl VZÄ gesamt	Verfügbare Plätze	Anteil Plätze belegt	Pflegebedürftige pro VZÄ
Mitte	1.961	1.296	2.158	91%	1,51
Friedrichshain-K'berg	1.683	889	1.776	95%	1,89
Pankow	3.465	2.097	3.737	93%	1,65
Charlottenburg-W'dorf	2.699	1.679	2.738	99%	1,61
Spandau	2.598	1.592	2.778	94%	1,63
Steglitz-Zehlendorf	4.449	2.571	4.771	93%	1,73
Tempelhof-Sch'berg	2.357	1.363	2.372	99%	1,73
Neukölln	2.119	1.127	2.256	94%	1,88
Treptow-Köpenick	2.868	1.562	2.957	97%	1,84
Marzahn-Hellersdorf	2.156	1.232	2.408	90%	1,75
Lichtenberg	3.159	1.692	3.292	96%	1,87
Reinickendorf	2.403	1.384	2.571	93%	1,74
Berlin gesamt	31.917	18.484	33.814	94%	1,73

Abkürzung: VZÄ: Vollzeitäquivalente. Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b), Tab. 3.6, 3.10, 3.12, eigene Berechnungen (s. Anhang 17)

Von den 402 Berliner Pflegeheimen befanden sich am 15.12.2021 43 in Pankow. Die Pankower Pflegeheime beschäftigten 2.691 Personen (Berlin: 23.504), was, nach dem hier verwendeten Schätzverfahren, 2.097 VZÄ entsprach. Hierbei sind Beschäftigte aller Bereiche mitgezählt. Das Schätzverfahren ist das gleiche wie für das Personal der ambulanten Dienste, wobei jedoch für die stationäre Pflege eigene Gewichtungsfaktoren berechnet wurden. Die Details sind wieder Anhang 17 zu entnehmen, die Ergebnisse in Tabelle 37 dargestellt. In der Tabelle sind außerdem die Anzahlen der Pflegebedürftigen und der verfügbaren Plätze dargestellt. Aus den beiden Angaben lässt sich der Anteil der Plätze, die belegt sind, errechnen. Mit einem Anteil von 93% liegt Pankow hier leicht unter dem Berliner Mittel (94%). Ebenfalls berechnet wurde die Zahl der Pflegebedürftigen pro Vollzeitäquivalent. Mit 1,65 Pflegebedürftigen pro VZÄ weist Pankow einen etwas günstigeren Wert auf als Berlin insgesamt (1,73).

12.5 Steuerungsgremien

12.5.1 Psychiatrie

Das bezirkliche Steuerungsgremium Psychiatrie steuert das Angebot und die Umsetzung der Hilfen im Rahmen der psychiatrischen Pflichtversorgung durch die Bezirke. Klientinnen und Klienten, bei denen eine Suchterkrankung den Bedarf begründet, werden in aller Regel vom Steuerungsgremium Sucht in Assistenzleistungen im Rahmen des Bundesteilhabegesetzes (BTHG) vermittelt (s. Abschnitt 12.5.2), alle anderen vom Steuerungsgremium Psychiatrie. Gegenstand der Empfehlungen des Gremiums sind Leistungen der Eingliederungshilfe wie betreutes Einzelwohnen

Tabelle 38: In den Unterlagen nachgewiesene psychiatrische Diagnosen der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirksamts Pankow, 2023

Kode	Störungsgruppe	Anteil
F3	Affektive Störungen	40,2%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	25,4%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	17,0%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	15,6%
	andere	1,8%
<i>n</i>		418

oder therapeutische Wohngemeinschaften. Menschen, die einen Platz in der gemeindepsychiatrischen Versorgung benötigen, müssen dies zunächst beim örtlich zuständigen Teilhabefachdienst beantragen. Der Bedarf wird dann zunächst geprüft. Zur Vermittlung in Assistenz erfolgt dann die Anmeldung in den Steuerungsgremien.

In dem Steuerungsgremium sind neben der bezirklichen Psychiatriekoordination als Leitung, das Amt für Soziales, vertreten durch Teilhabefachdienst, der Sozialpsychiatrische Dienst des Bezirkes, das zuständige Versorgungskrankenhaus sowie die Leistungserbringer vertreten. In regelmäßigen Sitzungen werden die relevanten Informationen vorgetragen und besprochen; die Bewerberinnen und Bewerber können auf Wunsch teilnehmen. In der Regel steht am Ende dieser Fallbesprechung der Beginn der Maßnahme. Ist dies noch nicht möglich, wird dieser Fall in der folgenden Sitzung erneut besprochen.²⁰³

Im Folgenden werden die insgesamt 426 Fälle dargestellt, die 2023 im Rahmen des Steuerungsgremiums Psychiatrie besprochen wurden. Eine Person, die sich mehrfach bewirbt, taucht in den Daten als mehrere Fälle auf. Für manche Angaben sind die Daten - aus verschiedenen Gründen - nicht vollständig, so dass die Prozentzahlen sich teils auf eine kleinere Datenbasis beziehen; die jeweilige Fallzahl ist in den Tabellen der mit „n“ beschriebenen Zeile zu entnehmen.

Fachbegriffe, die vor allem in den Tabellen auftauchen und bei den Steuerungsgremien Psychiatrie und Sucht eine Rolle spielen, sind am Ende dieses Abschnittes in Tabelle 43 erläutert.

Tabelle 38 stellt die psychiatrischen Diagnosen der Bewerberinnen und Bewerber dar. Hier ist pro Person nur eine Diagnose dargestellt. Es wird deutlich, dass viele der Bewerberinnen und Bewerber unter einer Erkrankung aus dem Bereich der affektiven Störungen leiden. Auch Störungen aus dem schizotypen Formenkreis, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen sind hier häufig zu beobachten; die übrigen psychischen Erkrankungen spielen keine größere Rolle.

²⁰³ (Bezirksamt Pankow von Berlin, kein Datum c)

Tabelle 39 zeigt, dass sich etwas mehr Frauen als Männer beworben haben und dass nur wenige der Bewerberinnen und Bewerber über 64 Jahre alt sind. In 7% der Fälle gibt es „zu berücksichtigende Kinder“. Dies ist dann der Fall, wenn es eine Person unter 18 Jahren gibt,

- für die die Bewerberin oder der Bewerber Sorgerecht hat oder
- mit der die Bewerberin oder der Bewerber in einem gemeinsamen Haushalt lebt oder
- mit der die Bewerberin oder der Bewerber regelmäßig Kontakt hat bzw. voraussichtlich haben wird.

Für etwa 14% der Bewerberinnen und Bewerber ist ein Migrationshintergrund angegeben. Hierzu ist zu beachten, dass der Migrationshintergrund auf Eigenauskunft beruht und diese Form der Erhebung nicht der Ermittlung des Migrationshintergrundes entspricht, die in den Einwohnerregisterdaten vorgenommen wird (Anhang 1).

Tabelle 39: Soziodemographische Merkmale der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirksamts Pankow, 2023

Geschlecht	
männlich	44,2%
weiblich	54,4%
divers	1,4%
<i>n</i>	423
Alter	
18-29	31,9%
30-39	21,4%
40-49	17,8%
50-64	26,3%
65 und älter	2,6%
<i>n</i>	426
Migrationshintergrund	
ohne	86,4%
EU	3,6%
andere	10,0%
<i>n</i>	411
Zu berücksichtigende Kinder unter 18 Jahren	
ja	7,0%
nein	93,0%
<i>n</i>	426

Tabelle 40: Geographische Herkunft und Überleitungsstatus der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirksamts Pankow, 2023

Herkunft (Meldeadresse)	
Pankow	88,0%
Berlin - andere Bezirke	7,7%
Brandenburg	1,2%
andere Bundesländer	1,6%
Geburtsdatenregelung	1,4%
<i>n</i>	426
bei Herkunft aus Pankow: Prognoseraum	
Buch	10,5%
Nördliches Pankow	7,1%
Nördliches Weißensee	8,2%
Südliches Pankow	19,7%
Südliches Weißensee	15,3%
Nördlicher Prenzlauer Berg	28,6%
Südlicher Prenzlauer Berg	10,5%
<i>n</i>	294
Überleitung	
Abgabe	3,5%
Aufnahme	6,1%
keine Überleitung	90,4%
<i>n</i>	425

Tabelle 40 stellt dar, dass 88% der Bewerberinnen und Bewerber aus Pankow kommen. Knapp 8% stammen aus einem anderen Berliner Herkunftsbezirk; Bewerberinnen und Bewerber aus anderen Bundesländern sind eher selten. Die Tabelle zeigt auch, dass diese Personen eher aus südlicheren als aus nördlicheren Prognoserräumen Pankows kommen. Außerdem ist zu erkennen, dass Pankow mehr Bewerberinnen und Bewerber aus anderen Bezirken aufnimmt als umgekehrt. Diese Diskrepanz von 2,6 Prozentpunkten entspricht 11 Personen.

Tabelle 41: Vorherige Wohn- und Betreuungssituation der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirksamts Pankow, 2023

Vorherige Wohnsituation	
eigene Wohnung	56,9%
elterliche Wohnung	12,5%
Leistungsträger Behinderte mit Trägerwohnung	9,9%
wohnungslos	8,7%
ASOG	5,2%
andere	6,1%
<i>n</i>	425
Vorherige Betreuungssituation	
unbetreut	43,2%
Leistungsträger seelische Behinderung	27,7%
andere	29,1%
<i>n</i>	426

Tabelle 41 zeigt, dass gut zwei Drittel der Bewerberinnen und Bewerber in der eigenen oder elterlichen Wohnung leben. Knapp 9% sind wohnungslos. Über 40% werden zum Zeitpunkt der Bewerbung noch nicht betreut.

Wie in Tabelle 42 dargestellt, empfangen etwa drei Viertel der Bewerberinnen und Bewerber als Ergebnis ihrer Bewerbung Hilfe in Form einer Wohngelegenheit – entweder im Einzelwohnen oder in Form einer therapeutischen Wohngemeinschaft. Auch Einzelfallhilfen und Tagesstätten spielen hier eine nennenswerte Rolle.

Tabelle 42: Durch Bewerberinnen und Bewerber empfangene Hilfe (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Psychiatrie des Bezirksamts Pankow, 2023

Betreutes Einzelwohnen - Verbund	28,9%
Betreutes Einzelwohnen	25,4%
Einzelfallhilfe	12,0%
Tagesstätte	10,8%
Therapeutische Wohngemeinschaft	10,8%
Therapeutische Wohngemeinschaft - Verbund	10,3%
TWA	0,2%
Heim	1,4%
andere	0,2%
<i>n</i>	426

Tabelle 43: Glossar zum Themenfeld Steuerungsgremien

Affektive Störungen. Diagnoseabschnitt des Kapitels V („Psychische und Verhaltensstörungen“) der International Classification of Diseases (ICD). Dieser umfasst Störungen, „deren Hauptsymptome in einer Veränderung der Stimmung oder der Affektivität [...] bestehen“ (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018c). In der Regel sind bei weitem die meisten der Diagnosen aus diesem Abschnitt Depressionen.

ASOG. Allgemeines Sicherheits- und Ordnungsgesetz. Nach diesem Gesetz können Menschen Hilfen erhalten, wenn ihnen der Verlust der Wohnung droht oder bereits eingetreten ist (Senatskanzlei Berlin, kein Datum a). Konkret bedeutet ein Eintrag bei „ASOG“ in einer der Tabellen in diesem Kapitel, dass die Person in einer Wohnungslosenunterkunft wohnt.

Betreutes Einzelwohnen. Im Rahmen des betreuten Einzelwohnens erhalten Menschen, die in der eigenen (auch: von einem Träger gestellten) Wohnung wohnen, „Hilfen bei der Bewältigung alltäglicher Anforderungen, bei der Tagesgestaltung, Kontaktfindung und Unterstützung bei der Suche nach Beschäftigung, Arbeit und Ausbildung“ (Landesbeauftragte für psychische Gesundheit, kein Datum a).

Betreutes Einzelwohnen - Verbund. Wie → betreutes Einzelwohnen, jedoch erfolgt das Angebot im Verbund mehrerer Angebote eines Trägers.

Einzelfallhilfe. Die Einzelfallhilfe ist ein relativ niedrigschwelliges Angebot der Eingliederungshilfe außerhalb der regulären bezirklichen psychiatrischen Pflichtversorgung und kommt vorrangig in Betracht, wenn nicht verpflichtend die Struktur eines Trägers erforderlich ist. Im Rahmen der Einzelfallhilfe gibt es zum Beispiel keine Urlaubsvertretungen.

Heim. Besondere Wohnform. Intensiv unterstützendes Wohnangebot für schwerst seelisch erkrankte Menschen.

Leistungsträger Behinderte mit Trägerwohnung. Wohnangebot für Menschen mit Behinderung, das von einem Leistungsträger angeboten wird.

Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Diagnoseabschnitt des Kapitels V („Psychische und Verhaltensstörungen“) der International Classification of Diseases (ICD). Die neurotischen Störungen beinhalten z. B. Angst- und Zwangsstörungen; unter „Belastungsstörungen“ werden negative Reaktionen auf äußere Belastungen zusammengefasst (z. B. posttraumatische Belastungsstörung); somatoforme Störungen werden diagnostiziert, wenn Patientinnen und Patienten körperliche Symptome schildern, die behandelnden Ärztinnen und Ärzte jedoch davon ausgehen, dass dem keine körperlichen Ursachen zugrunde liegen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018d).

obdachlos. Obdachlos sind Menschen, die keine eigene Wohnung zur Verfügung haben und (im Gegensatz zu Menschen, die bloß → wohnungslos sind) auch nicht vorübergehend bei anderen Personen, z. B. Freunden, wohnen können.

§-67-Maßnahme (Wohn- oder Betreuungssituation). Nach § 67 des SGB XII erhalten Menschen, „bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, [...] Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten [...], wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind“ und die benötigten Leistungen nicht durch andere Vorschriften der SGB VIII, IX oder XII gedeckt sind. Besondere Lebensverhältnisse in diesem Sinne sind zum Beispiel fehlender Wohnraum oder die Entlassung aus einer geschlossenen Einrichtung (Senatskanzlei Berlin, kein Datum b).

Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen. Diagnoseabschnitt des Kapitels V („Psychische und Verhaltensstörungen“) der International Classification of Diseases (ICD). Dieser Abschnitt umfasst „eine Reihe von klinisch wichtigen, meist länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern.“ Menschen mit Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen zeigen im Vergleich mit „der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen“ Beispiele sind die paranoide Persönlichkeitsstörung und pathologische Brandstiftung (Pyromanie) (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018e).

Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. Diagnoseabschnitt des Kapitels V („Psychische und Verhaltensstörungen“) der International Classification of Diseases (ICD). Dieser enthält neben der Schizophrenie selbst auch verwandte, teils schwer abgrenzbare Krankheitsbilder, die in der Regel durch

Wahnvorstellungen gekennzeichnet sind. (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, 2018b)

Sozialpsychiatrischer Dienst (Betreuung durch). Der Sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes bietet unter anderem Beratung, Betreuung und Hilfevermittlung für Menschen mit psychischen Erkrankungen oder komplexen Hilfebedarfen inklusive Suchterkrankungen an – zum Beispiel die Vermittlung von häuslicher Pflege oder die Einleitung von Maßnahmen der Eingliederungshilfe (Bezirksamt Pankow von Berlin, kein Datum d)

Tagesstätte. Tagesstätten bieten tagsüber Betreuung für psychisch kranke und suchtkranke Menschen außerhalb der eigenen Wohnung an, u. a. Hilfen zur Alltagsgestaltung und Förderung von Beschäftigung.

Therapeutische Wohngemeinschaft. Wie → Betreutes Einzelwohnen, jedoch in Form einer Wohngemeinschaft (Landesbeauftragte für psychische Gesundheit, kein Datum a)

Therapeutische Wohngemeinschaft - Verbund. Wie → Therapeutische Wohngemeinschaft, jedoch erfolgt das Angebot im Verbund mehrerer Angebote eines Trägers.

TWA. Wie → Therapeutische Wohngemeinschaft, jedoch mit Nachtwache.

wohnungslos. Wohnungslos sind Personen, die keine eigene Wohnung haben, jedoch nicht × obdachlos sind, weil sie in der Wohnung anderer Personen, z. B. bei Freunden, schlafen.

12.5.2 Sucht

Das bezirkliche Steuerungsgremium Sucht steuert das Angebot und die Teilhabeleistungen für Menschen, bei denen eine Suchterkrankung den Bedarf begründet. Gegenstand der Empfehlungen des Gremiums sind Leistungen der sozialen Teilhabe wie betreutes Einzelwohnen oder therapeutische Wohngemeinschaften; auch andere Teilhabeleistungen können beantragt werden. Menschen, die einen Platz in der gemeindepsychiatrischen Versorgung benötigen, müssen dies zunächst beim örtlich zuständigen Teilhabefachdienst beantragen. Der Bedarf wird dann zunächst geprüft. Zur Vermittlung in Assistenz erfolgt dann die Anmeldung im Steuerungsgremium.

In dem Steuerungsgremium sind neben der Leitung (die bezirkliche Psychiatrie- und Suchtkoordination) der Teilhabefachdienst und der Sozialpsychiatrische Dienst des Bezirkes sowie die Leistungsanbieter vertreten. In regelmäßigen Sitzungen werden die relevanten Informationen vorgetragen und besprochen; die Bewerber können auf Wunsch teilnehmen. In der Regel steht am Ende dieser Fallbesprechung eine einvernehmliche Maßnahmenempfehlung und die Vermittlung von Leistungen der Eingliederungshilfe. Ist dies noch nicht möglich, wird dieser Fall in der folgenden Sitzung erneut besprochen.²⁰⁴

²⁰⁴ (Bezirksamt Pankow von Berlin, kein Datum b)

Tabelle 44: Häufigste In den Unterlagen nachgewiesene psychiatrische Diagnosen der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent, Mehrfachnennungen möglich), Steuerungsgremium Sucht des Bezirksamts Pankow, 2023

Kode	Störungsgruppe bzw. Störung	Anteil
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	68,8%
F12	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide	17,7%
F19	durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen	10,6%
F14	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain	5,0%
F3	Affektive Störungen	26,2%
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen	12,1%
F4	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	11,3%
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	9,2%
<i>n</i>		141

Die folgenden Auswertungen stellen die insgesamt 154 Fälle dar, die 2023 im Rahmen dieses Steuerungsgremiums besprochen wurden. Eine Person, die sich mehrfach bewirbt, taucht in den Daten als mehrere Fälle auf. In vielen Fällen sind die Daten - aus verschiedenen Gründen - nicht vollständig, so dass die Prozentzahlen sich teils auf eine kleinere Datenbasis beziehen; die jeweilige Fallzahl ist in den Tabellen in der mit „n“ beschriebenen Zeile zu entnehmen.

Fachbegriffe, die vor allem in den Tabellen auftauchen und bei den Steuerungsgremien eine Rolle spielen, sind am Ende des vorgehenden Abschnittes 12.5.1 in Tabelle 43 erläutert.

Tabelle 44 gibt einen Überblick über die häufigsten psychiatrischen Diagnosen, die bei den Bewerberinnen und Bewerbern laut Unterlagen diagnostiziert sind. Die Diagnosen werden nicht systematisch vollständig erfasst; zusammengetragen wurden solche Diagnosen, die den Unterlagen zu entnehmen waren. Daher handelt es sich fast mit Sicherheit um Unterschätzungen der Prävalenzen bei den Bewerberinnen und Bewerbern. Im Gegensatz zu der Auswertung für das Steuerungsgremium Psychiatrie können hier mehrere Angaben vorliegen; deshalb addieren sie sich zu deutlich mehr als 100%. In Tabelle 44 sind jedoch nur Diagnosen dargestellt, die bei mindestens 5% der Bewerberinnen und Bewerber vorliegen, getrennt nach dem Diagnoseabschnitt F1 („Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“) und allen anderen.

Die Ergebnisse zeigen, dass deutlich die meisten der Störungen bei den Bewerberinnen und Bewerbern durch Alkohol (F10) hervorgerufen wurden. Deutlich seltener wurden Störungen durch Cannabinoide (F12) oder durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen (F19) diagnostiziert. Andere Substanzen spielen demnach bei diesen Personen eine geringere Rolle.

Tabelle 45: Geographische Herkunft und Überleitungsstatus der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Sucht des Bezirksamts Pankow, 2023

Herkunft (Meldeadresse)	
Pankow	88,3%
Berlin - andere Bezirke	5,8%
Brandenburg	1,3%
andere Bundesländer	4,5%
Geburtsdatenregelung	0,0%
<i>n</i>	154
Prognoseraum	
Buch	6,7%
Nördliches Pankow	7,7%
Nördliches Weißensee	4,8%
Südliches Pankow	17,3%
Südliches Weißensee	23,1%
Nördlicher Prenzlauer Berg	22,1%
Südlicher Prenzlauer Berg	18,3%
<i>n</i>	104
Überleitung	
Abgabe	5,2%
Aufnahme	7,1%
keine Überleitung	87,7%
<i>n</i>	154

Bei den Störungen, die nicht dem Konsum psychotroper Substanzen zugeschrieben wurden, spielen die affektiven Störungen (F3, u. a. Depression) die größte Rolle. Auch Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis (F2) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4) kommen bei den Bewerberinnen und Bewerbern recht häufig vor.

Gut zwei Drittel (68%) der Interessenten sind männlich. Sie verteilen sich recht gleichmäßig über die Altersgruppen unter 65; ältere Bewerberinnen und Bewerber sind aber mit nur gut 5% selten. In knapp 4% der Fälle gibt es „zu berücksichtigende Kinder“. Dies ist dann der Fall, wenn es eine Person unter 18 Jahren gibt,

- für die die Bewerberin oder der Bewerber Sorgerecht hat oder
- mit dem die Bewerberin oder der Bewerber in einem gemeinsamen Haushalt lebt oder
- mit dem die Bewerberin oder der Bewerber regelmäßig Kontakt hat bzw. voraussichtlich haben wird.

Bei nur gut 7% ist ein Migrationshintergrund angegeben. Hierzu ist zu beachten, dass der Migrationshintergrund auf Eigenauskunft beruht und diese Form der Erhebung nicht der Ermittlung des Migrationshintergrundes entspricht, die in den Einwohnerregisterdaten vorgenommen wird (Anhang 1).

Tabelle 45 zeigt, dass gut 88% der Bewerberinnen und Bewerber aus Pankow kommen, knapp 6% aus anderen Berliner Bezirken und ebenso viele aus anderen Bundesländern. Nur 104 dieser Personen konnten einem Pankower Prognoseraum zugeordnet werden, was teils daran liegt, dass Bewerberinnen und Bewerber nicht aus Pankow kommt, teils daran, dass Angaben hierzu fehlen. Hier zeigt sich, dass Bewerbungen häufiger aus dem Pankower Süden als dem Norden eingehen. Bei gut 5% der besprochenen Fälle handelt es sich um Abgaben in andere Bezirke, bei gut 7% um Aufnahmen aus anderen Bezirken. Hier liegt also kein nennenswertes Ungleichgewicht vor.

Wie in Tabelle 46 zu sehen, wohnen etwa zwei Drittel der Bewerberinnen und Bewerber zum Zeitpunkt ihrer Bewerbung in der eigenen oder der elterlichen Wohnung. Knapp die Hälfte ist zuvor nicht betreut. Über 80% werden in eine therapeutische Wohngemeinschaft oder Einzelwohnen vermittelt (Tabelle 47).

Tabelle 46: Häufigste Vorherige Wohn- und Betreuungssituationen der Bewerberinnen und Bewerber (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Sucht des Bezirksamts Pankow, 2023

Vorherige Wohnsituation	
eigene Wohnung	61,0%
elterliche Wohnung	5,8%
Leistungsträger Behinderte mit Trägerwohnung	8,4%
wohnungslos	7,8%
§ 67 Maßnahme	7,1%
ASOG	6,5%
andere	3,4%
<i>n</i>	154
Vorherige Betreuungssituation	
unbetreut	48,1%
LT seel. Behind.	20,8%
§ 67 Maßnahme	7,1%
andere	24,0%
<i>n</i>	154

Tabelle 47: Durch Bewerberinnen und Bewerber empfangene Hilfe (Anteile in Prozent), Steuerungsgremium Sucht des Bezirksamts Pankow, 2023

Betreutes Einzelwohnen	36,4%
Therapeutische Wohngemeinschaft	24,7%
Betreutes Einzelwohnen - Verbund	16,2%
Tagesstätte	10,4%
Therapeutische Wohngemeinschaft - Verbund	7,1%
Einzelfallhilfe	2,6%
Heim	2,6%
andere	0,0%
TWA	0,0%
<i>n</i>	154

12.6 Zusammenfassung und Diskussion

Die Versorgung der Pankower Bevölkerung mit Krankenhausbetten im eigenen Bezirk ist, relativ zum Bedarf, in etwa so wie in Berlin insgesamt. Im somatischen Bereich ist sie eher etwas günstiger, im psychischen Bereich eher etwas ungünstiger. Natürlich können Pankowerinnen und Pankower auch Krankenhäuser außerhalb ihres Bezirks nutzen.

Auch die Versorgung Pankows mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten ist, soweit es sich anhand vorliegender Daten sagen lässt, etwa so wie in Berlin insgesamt. Für die Zukunft sind Verbesserungen der Versorgungslage eher nicht zu erwarten.

In beiden Fällen sind die Einwirkungsmöglichkeiten des Bezirks gering.

Bezüglich der bezirklichen Pflichtversorgung, für die die Steuerungsgremien zuständig sind, fällt auf, dass Pankow etwas mehr Fälle aus anderen Kommunen aufnimmt als an diese abgibt. Das Ungleichgewicht betrug 2023 13 Fälle. In den dargestellten Daten nicht zu erkennen ist ein Trend, der in jüngster Zeit von Trägern berichtet wird: Die Klientinnen und Klienten verbleiben immer länger in dem Wohnraum, der ihnen zur Verfügung gestellt wurde; gleichzeitig wird es für Träger schwieriger, neuen Wohnraum zu akquirieren. Beides dürfte auf die zunehmend angespannte Lage auf dem Berliner Wohnungsmarkt zurückzuführen sein. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die Versorgung von Klientinnen und Klienten mit Wohnraum in Zukunft schwieriger wird und bei den Trägern höhere Kosten entstehen.

Die Auswertung der – schon älteren – Daten zur Pflege führt zu Hinweisen darauf, dass Pankow bzgl. der Versorgung der Pflegebedürftigen mit ambulant erbrachten Leistungen etwas schlechter dastand als Berlin insgesamt. Dagegen können die Ergebnisse für den stationären Sektor so interpretiert werden, dass die Lage hier weniger angespannt ist als in anderen Bezirken.

Grundsätzlich bieten aber auch Ergebnisse über dem gesamtberliner Niveau keinen Anlass, das Thema der pflegerischen Versorgung niedrig zu priorisieren. Nicht nur in Berlin, sondern bundesweit wird seit Jahren ein Mangel an Pflegekräften konstatiert, der auch weiterhin fortbesteht.²⁰⁵ Hier wird zum einen festgestellt, dass bereits jetzt ein Mangel besteht, zum anderen wird darauf verwiesen, dass in der Pflege nicht nur (wie auch in anderen Branchen) ein Rückgang des Arbeitskräfteangebots zu erwarten ist, sondern (aufgrund der Alterung der Gesellschaft) auch ein Anstieg der Nachfrage. Dieser Anstieg war in den letzten Jahren bereits zu beobachten

²⁰⁵ So führt die Bundesagentur für Arbeit laufend „Engpassanalysen“ durch, mit denen anhand mehrerer Indikatoren bewertet wird, wie schwierig es für Arbeitgeber ist, freie Stellen für Fachkräfte zu besetzen. Hierbei erzielen Stellen für Pflegefachkräfte regelmäßig Spitzenplätze. Auch im aktuellsten Berichtsjahr 2022 belegte die Berufsgruppe „Pflegefachkräfte“ sowohl in Berlin als auch bundesweit den ersten Platz. Diese Berufsgruppe schließt auch Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege ein (Bundesagentur für Arbeit, kein Datum).

(Abschnitt 8.3.1) und dürfte sich in Zukunft fortsetzen. Es liegt daher im Interesse Pankows, ein attraktiver Standort für stationäre Einrichtungen und ambulante Dienste zu sein.

Ein in diesem Zusammenhang in Politik und Presse viel diskutiertes Thema ist die Übernahme von Leistungen für Pflegebedürftige, die Anspruch auf Hilfe zur Pflege haben. Dies sind Personen, die benötigte, aber nicht von einer Pflegeversicherung abgedeckte pflegerische Leistungen nicht vollständig selbst bezahlen können.²⁰⁶ Diese Leistung muss von den Sozialämtern bewilligt werden. In vielen Berliner Bezirken kommt es hierbei zu sehr langen Bearbeitungszeiten.²⁰⁷ Hinzu kommt, dass nach Bewilligungen gestellte Rechnungen häufig lange unbezahlt bleiben.²⁰⁸ Das ist auch in Pankow nicht anders.

Eine besondere Konstellation ergibt sich, wenn die pflegebedürftige Person ambulant versorgt wird und vor Antragsbewilligung stirbt.²⁰⁹ § 19 (6) des SGB XII regelt, dass nach ihrem Tod Ansprüche auf Zahlungen auf „Einrichtungen“ übergeht, die die Pflegeleistung erbracht haben. Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts sind ambulante Dienste keine „Einrichtungen“ im Sinne dieses Gesetzes. Somit haben die ambulanten Dienste keinen Anspruch auf Zahlungen für die erbrachten Pflegeleistungen durch die Sozialämter.²¹⁰

Als Folge ist zum einen zu erwarten, dass stationäre Einrichtungen und insbesondere ambulante Dienste Kommunen meiden, in denen zu erwarten ist, dass Zahlungen sich deutlich verzögern oder sogar ganz ausbleiben. Zum anderen ist zu erwarten, dass insbesondere ambulante Dienste die Pflege von Bedürftigen, die auf Hilfe zur Pflege angewiesen sind, eher zu vermeiden versuchen.

Deshalb zahlt das Bezirksamt Pankow Hilfe zur Pflege auch dann, wenn die Bewilligung erst nach dem Tod der pflegebedürftigen Person abgeschlossen wird. Dennoch machen die aktuell langen Bearbeitungszeiten Pankow als Standort für Pflegedienste weniger attraktiv. Dies scheint daher ein geeigneter Ansatzpunkt zu sein für die Steigerung der Attraktivität von Pankow für Anbieter von Pflegeleistungen und somit zur Sicherung der Versorgung der Pankower Bevölkerung.

²⁰⁶ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, S. 40)

²⁰⁷ (Barthel, 2023; Schwarz, 2023)

²⁰⁸ („Rechnungen teils jahrelang unbeglichen“, 2023)

²⁰⁹ (Barthel, 2023; Schwarz, 2023)

²¹⁰ BSG, Urteil vom 13.07.2010 - B 8 SO 13/09 R

13 Fazit

Der vorliegende Bericht beleuchtete die Gesundheit in Pankow sowie ihre Rahmenbedingungen. Bei der Versorgung ergeben sich, im Vergleich mit den anderen Bezirken, keine besonders auffälligen Ergebnisse: Die Zahl der Krankenhausplätze relativ zum Bedarf der Pankowerinnen und Pankower ist etwa so wie in Berlin insgesamt; gleiches gilt, soweit es sich anhand der Daten sagen lässt, für die Versorgung mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Auch die Auslastung der Pankower Pflegeheime liegt etwa im Berliner Mittel. Die Versorgung der ambulant zu betreuenden Pflegebedürftigen scheint eher etwas ungünstiger zu sein als in Berlin insgesamt, soweit es sich auf Basis der vorliegenden Kennwerte beurteilen lässt.

Wie für Großstädte typisch, stellen sich besondere gesundheitliche Herausforderungen durch Umweltbelastungen. Diese konzentrieren sich vor allem im dicht besiedelten Pankower Süden. Bei der Verringerung dieser Belastungen kann es zu Zielkonflikten kommen.

Den Kern des vorliegenden Berichts bilden Analysen zu akuten und chronischen Erkrankungen des Körpers und der Psyche. Allgemein lässt sich sagen, dass die Anzahl der Erkrankten in Pankow höher ist als in Berlin gesamt, die Erkrankungsraten sind jedoch niedriger – die Gesundheit der Pankowerinnen und Pankower ist besser als die der Berlinerinnen und Berliner insgesamt. Dies ist jedoch nicht allzu überraschend angesichts dessen, dass die Pankowerinnen und Pankower jünger und ökonomisch bessergestellt sind als es in Berlin insgesamt der Fall ist.

Um diesem Umstand Rechnung zu tragen, wurden im vorliegenden Bericht zahlreiche Analysen durchgeführt, die darauf abzielten herauszufinden, ob die Krankheitsbelastung in Pankow höher ist als angesichts der Pankower Alters- und Sozialstruktur zu erwarten. In einigen Bereichen war dies tatsächlich der Fall: Die Analysen von Krankenhausdaten (die allerdings aus dem Jahr 2021 stammen) zeigen, dass stationäre Aufenthalte wegen Krankheiten des Kreislauf- und des Atmungssystems, wegen Krebserkrankungen sowie wegen Verletzungen und Vergiftungen häufiger sind als zu erwarten. Gleiches gilt für die psychische Erkrankung Depression. Die detaillierteren Analysen zeigen, für welche Alters- und Geschlechtsgruppen dies besonders gilt; in einigen Fällen lassen sich auch Aussagen zu spezifischen Krankheitsbildern treffen. Die entsprechenden Analysen sind in den Kapiteln 6 und 9 enthalten und müssen hier nicht wiederholt werden. Auffällig hoch sind auch die Zahlen für körperliche und seelische Schwerbehinderungen. Auch hier bietet dieser Bericht vertiefende Analysen (Kapitel 7 und 10).

Dass Krankheiten bestimmter Arten häufiger auftreten als in diesem Sinne zu erwarten, kann als Hinweis darauf gewertet werden, dass hier Verbesserungspotentiale bestehen. Dies wiederum

weist darauf hin, dass Interventionen in diesen Bereichen besonders vielversprechend sein könnten. Jedoch sind in diesem Zusammenhang auch andere Aspekte relevant.²¹¹

Erstens stellt sich die Frage, in welchem Maße das Ziel überhaupt durch bezirkliche Politik beeinflussbar ist. Bei der Beantwortung dieser Frage kann ein Rückgriff auf die wissenschaftliche Literatur zur Wirksamkeit entsprechender Interventionen hilfreich sein.

Zweitens ist zu fragen, ob Maßnahmen, die die Gesundheit fördern sollen, unerwünschte negative Wirkungen auf die Gesundheit ausüben können. Das wäre z. B. dann der Fall, wenn ein Angebot, dass die Herzgesundheit durch Sport fördern soll, dazu führt, dass sich zahlreiche Teilnehmerinnen und Teilnehmer verletzen.

Drittens sind unerwünschte negative Wirkungen möglich, die nichts mit Gesundheit zu tun haben. Zum Beispiel verspricht eine Einschränkung des Autoverkehrs, die Belastung der Bevölkerung durch Stickstoffdioxide und Verkehrsunfälle zu verringern, schränkt aber gleichzeitig die Mobilität der Bewohnerinnen und Bewohner ein. Hier entsteht also eine Situation, in der zwischen verschiedenen Zielen abgewogen werden muss.

Viertens entstehen durch die Umsetzung von Interventionen in der Regel Aufwände. Die entsprechenden Ressourcen könnten auch für andere Zwecke verwendet werden. Dies führt also wiederum zu einer Abwägung zwischen verschiedenen Zielen.

Hierbei kann die Häufigkeit eines Krankheitsbildes einen Einfluss auf das Kosten-Nutzen-Verhältnis einer konkreten Maßnahme haben. Naheliegend ist es, solche Felder zu priorisieren, die sowohl auffällig ungünstige Ergebnisse als auch viele Fälle aufweisen. Ob eine solche Berücksichtigung der Fallzahl sinnvoll ist, kommt darauf an, was für eine Art von Maßnahme eventuell ergriffen werden soll: Wenn Aufwände pro betroffener Person entstehen, ist eine Priorisierung nach Höhe der Fallzahlen nicht unbedingt sinnvoll. Dies wäre zum Beispiel dann der Fall, wenn Personen zu einer bestehenden chronischen Krankheit in Einzelgesprächen beraten werden. Hier entstünde ein Zeitaufwand pro Beratungsgespräch. Eine Beratung einer Person mit einer häufigen Erkrankung ist aber nicht unbedingt lohnender als eine Beratung einer Person mit seltener Erkrankung. Sind die Aufwände dagegen unabhängig von der Zahl der erreichten Personen, dann wären eher solche Maßnahmen zu bevorzugen, bei denen es um häufige Krankheiten geht. Dies wäre zum Beispiel bei der Platzierung eines Artikels in der Lokalpresse der Fall.

Unter Beachtung dieser Maßgaben kann der vorliegende Bericht einen Beitrag zur Priorisierung von Handlungsfeldern im Bereich Gesundheit leisten.

²¹¹ Die folgenden Ausführungen orientieren sich grob an Kriterien für die Eignung für Qualitätsindikatoren im Gesundheitswesen (Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, 2019, Kap. 10), die an die hier etwas andere Problemstellung angepasst wurden.

Anhang

1 Daten der Einwohnerregisterstatistik

Daten zur Einwohnerregisterstatistik werden vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg über den abgestimmten Datenpool zur Verfügung gestellt. Stichtage sind der 30.06. und 31.12. jedes Jahres. Sie beruhen auf Daten zu melderechtlich registrierten Einwohnerinnen und Einwohnern am Ort der Hauptwohnung in den Einwohnermelderegistern und können daher von den Ergebnissen der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung abweichen.²¹²

Einwohnerinnen und Einwohner, die mehrere Wohnsitze haben, werden ihrer Hauptwohnung zugeordnet. Somit kommt eine Person in den hier genutzten Daten nur einmal vor.²¹³ Personen, die ihren Hauptwohnsitz außerhalb Berlins haben, sind in den hier verwendeten Daten nicht abgebildet.²¹⁴

Ungenauigkeiten des Einwohnermelderegisters werden in Einwohnerregisterstatistik übertragen. Das Einwohnermelderegister enthält Personen, die gemeldet sind aber nicht sein sollten („Karteileichen“) und es fehlen Personen, die gemeldet sein sollten, aber nicht sind („Fehlbestände“).²¹⁵ Karteileichen entstehen insbesondere, wenn Personen ins Ausland verziehen, weil in diesem Fall keine Rückmeldung der aufnehmenden an die Berliner Kommune erfolgt.²¹⁶

Daher ist davon auszugehen, dass der Anteil von Ausländern an der Bevölkerung in der Einwohnerregisterstatistik überschätzt wird, wie dies für Deutschland insgesamt im Jahr 2011 demonstriert wurde.²¹⁷ In Berlin zeigten Auswertungen zum Zensus 2011, dass (legt man den Zensus als korrekt zugrunde) im Einwohnerregister die Zahl der Deutschen um 0,6%, die Zahl der Ausländer jedoch um 20,1% überschätzt wurde (was insgesamt eine Überschätzung der Bevölkerungszahl um 3,3% ergibt).²¹⁸ Ein solches Muster hat außerdem die Auswirkung, dass das Alter der ausländischen und somit der Gesamtbevölkerung überschätzt wird. Daher dürfte das Durchschnittsalter und die Anteile der Bevölkerung, die ein hohes Alter haben, besonders für solche geographischen Einheiten überschätzt werden, die laut Einwohnerregisterstatistik einen hohen Ausländeranteil haben.²¹⁹ Dies wiederum hat einen Einfluss auf Kennwerte, die mithilfe von Daten zur Altersverteilung berechnet werden, zum Beispiel die Lebenserwartung.

Trotz dieser Limitationen werden im vorliegenden Bericht durchgängig Daten der Einwohnerregisterstatistik verwendet. Zwar dürften Daten des Mikrozensus und der auf ihm

²¹² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021a, S. 3)

²¹³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021a, S. 3)

²¹⁴ Petra Dehniger, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, persönliche Mitteilung, 12.10.2023

²¹⁵ (Statistisches Bundesamt, 2023b, S. 5)

²¹⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021a, S. 3)

²¹⁷ (Scholz & Kreyenfeld, 2016)

²¹⁸ (Paffhausen, 2013, S. 32-33)

²¹⁹ (Poppe, Annuß, & Kuhn, 2017)

beruhenden Bevölkerungsfortschreibungen von höherer Qualität sein, jedoch sind diese nicht unterhalb der Bezirksebene erhältlich. Um die Einheitlichkeit der Datenquelle zu wahren, werden daher Einwohnerregisterdaten nicht nur für Planungsräume und Bezirksregionen, sondern auch für Bezirke und Berlin insgesamt verwendet. Für den Vergleich von Räumen sind die Limitationen der Daten zu verschmerzen, da sie grundsätzlich für alle betrachteten Räume gelten. Jedoch sind sie nicht vollkommen zu vernachlässigen. So ist anzunehmen, dass die Einwohnerregisterdaten die Bevölkerungszahl von Räumen, in denen viele Ausländer leben und gelebt haben, stärker überschätzt als die Bevölkerungszahl von Räumen, in denen wenige Ausländer leben und gelebt haben. So dürfte zum Beispiel die Einwohnerregisterstatistik die Bevölkerungszahl von Neukölln stärker überschätzen als die von Pankow.

Aus Gründen des Datenschutzes werden Zellenbesetzungen von 1 und 2 in den veröffentlichten Einwohnerregisterstatistiken nicht ausgewiesen, sondern mittels eines Computeralgorithmus namens „SAFE“ „so umgebucht, dass anschließend nur noch Kombinationen vorhanden sind, die entweder überhaupt nicht mehr oder mindestens dreimal vorkommen.“²²⁰ Für die Analysen in dem vorliegenden Bericht wurden leere Zellen (fehlende Werte) als 0 recodiert. Im Datensatz zu Einwohnerinnen und Einwohnern mit türkischer Staatsangehörigkeit (Datenmatrix EWR_L21_T) sind einige Planungsräume nicht enthalten. Dies sind Planungsräume, in denen keine Personen mit türkischer Staatsangehörigkeit wohnen. Hiervon zu unterscheiden sind Planungsräume, die in diesem Datensatz enthalten sind und in denen die Zahl der türkischen Einwohnerinnen und Einwohner mit 0 angegeben ist. Dies sind Planungsräume, in denen tatsächlich mindestens eine Person mit türkischer Staatsangehörigkeit gemeldet ist, der Wert jedoch durch das SAFE-Verfahren auf 0 gesetzt wurde.²²¹ Im vorliegenden Bericht werden diese Planungsräume identisch behandelt, d. h. die Zahl der Einwohnerinnen und Einwohner türkischer Staatsbürgerschaft in diesen Planungsräumen wird als 0 behandelt.

Zu einzelnen Variablen kann folgendes erläutert werden.

Staatsangehörigkeit. Als Deutsche gelten Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit (auch dann, wenn sie eine weitere Staatsangehörigkeit haben) „sowie Personen, die gemäß Artikel 116 Abs. 1 Grundgesetz den Personen mit deutscher Staatsangehörigkeit gleichgestellt sind, z.B. Vertriebene und Flüchtlinge deutscher Volkszugehörigkeit.“²²² Als Ausländer gelten Personen ohne deutsche Staatsangehörigkeit inklusive Staatenloser sowie Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit.²²³

²²⁰ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2021a, S. 4)

²²¹ Petra Dehniger, AFS Berlin-Brandenburg, persönliche Mitteilungen, 05.10.2023 12.10.2023

²²² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2121c, S. 4)

²²³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2121c, S. 4)

Migrationshintergrund. Der Migrationshintergrund ist nicht als Variable in den Einwohnermeldedaten enthalten und muss daher aus vorhandenen Angaben abgeleitet werden. Hierzu wird das sog. „Berliner Verfahren“ angewendet. Als Personen mit Migrationshintergrund gelten demnach Mitglieder zweier Personengruppen, nämlich:²²⁴

1. Ausländer
2. Deutsche mit Migrationshintergrund. Dies sind Deutsche im oben beschriebenen Sinne, die mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllen:
 - a. Geburtsland außerhalb Deutschlands;
 - b. eine zweite Staatsangehörigkeit;
 - c. ein Einbürgerungskennzeichen (welches anzeigt, dass eine Person eingebürgert ist²²⁵);
 - d. ein Optionskennzeichen (dies trifft zu auf viele in Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern; seit dem 1. Januar 2000 erhalten diese zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit unter Voraussetzungen, die in § 4 (3) des Staatsangehörigkeitsgesetzes geregelt sind [„Optionsregelung“]);
 - e. Alter unter 18 Jahren und Meldung an der Adresse mindestens eines Elternteils, das eine Person mit Migrationshintergrund ist.

Aufgrund methodischer Änderungen sind Daten zum Migrationshintergrund mit Ständen vor dem 31.12.2018 mit späteren Daten „nicht bzw. nur eingeschränkt möglich“.²²⁶

²²⁴ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2121c, S. 4)

²²⁵ (Bömermann, Rockmann, & Rehkämper, 2008, S. 22-23)

²²⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2121c, S. 5)

2 Berechnung des Pankower Erwerbs- und Sozialindex (PESIx)

2.1 Ziele

Oberziel ist es, sowohl für Planungsräume als auch für Bezirke einen Index zu erhalten, die den sozioökonomischen Status der Bewohner dieser Räume in einer Variable zusammenfassen.

Wünschenswert ist es hierbei, dass diese Maßzahlen den sozioökonomischen Status besonders gut abbilden und dass sie auf verschiedenen Ebenen in gleicher Weise berechnet werden, so dass sie auch zwischen Ebenen vergleichbar sind.

Das letztgenannte Ziel mag fragwürdig erscheinen. Seit langem wird darauf hingewiesen, dass man nicht davon ausgehen darf, dass Korrelationen zwischen zwei Variablen, die auf einer Analyseebene beobachtet werden, sich in gleicher Form auch auf dann zeigt, wenn man die Ebene derjenigen Einheiten betrachtet, die aus denen die höheren Einheiten bestehen.²²⁷ Zum Beispiel darf man, wenn man bestimmte Korrelationen bei einer Analyse der Berliner Bezirke beobachtet, nicht davon ausgehen, dass die gleichen Korrelationen auch bei einer Analyse der Berliner Planungsräume zu beobachten sind.

Jedoch zeigt sich in der Praxis oft, dass Korrelationen auf verschiedenen Analyseebenen empirisch doch recht ähnlich ausfallen. Daher soll für den vorliegenden Bericht empirisch geprüft werden, ob die gleiche Berechnungsmethode auf unterschiedlichen Ebenen (Bezirke vs. Planungsräume) sinnvoll angewendet werden kann. Dies ist dann zu bejahen, wenn beide Berechnungsmethoden auf einer Ebene zu ähnlichen Ergebnissen führen.

Außerdem stellt sich die Frage, ob die gleiche Formel auf alle Jahre angewendet werden soll. Dies ist unabhängig von empirischen Prüfungen zu bejahen. Würde die unten beschriebene Methode für jedes Jahr, für das Daten verwendet werden, neu angewendet, so würde für jedes Jahr ein Index mit dem Mittelwert 0 und der Standardabweichung 1 errechnet. Daraus würde folgen, dass Veränderungen in der Sozialstruktur wie z. B. ein Rückgang der Arbeitslosigkeit von einem Jahr auf das andere nicht in Unterschieden zwischen dem Index zwischen verschiedenen Jahren abgebildet würden. Eine solche Abbildung erscheint jedoch wünschenswert; insbesondere sind dadurch sinnvolle Zeitreihenvergleiche möglich. Daher soll der Index für jedes Jahr mit den Werten berechnet werden, die auf Basis der Daten aus dem Dezember 2021 abgeleitet wurden.

2.2 Bislang vorliegende zusammenfassende Maße des sozioökonomischen Status

Es liegen bereits einige ähnliche Maßzahlen oder Sammlungen von Maßzahlen vor, die in der Verwaltung verwendet werden. Hier sind zunächst die „**Kernindikatoren für integrierte**

²²⁷ (Robinson, 1950; Thorndike, 1939)

Stadtteilentwicklung und Bezirksregionenprofile“ zu nennen. Diese enthält eine Gruppe von sechs Variablen, die die „Beteiligung am Erwerbsleben und Armutsrisiken“ abbilden.²²⁸ Die Zusammenführung dieser sechs Variablen zu einer Maßzahl ist jedoch nicht vorgesehen und auch nicht sinnvoll. Sie wird daher auch für den vorliegenden Bericht nicht vorgenommen.

Des Weiteren liegt aus dem **Monitoring Soziale Stadtentwicklung** ein „**Status-Index**“ vor. Dieser wird errechnet aus drei Indikatoren, die wiederum auf einer Vielzahl von Variablen beruhen.²²⁹ Die bereits berechneten Werte für die Status-Indikatoren stehen zwar zur Verfügung, jedoch nur bis zum Jahr 2018.²³⁰ Die zur Berechnung dieser Indikatoren benötigten Daten für spätere Jahre sind in vielen Fällen nicht erhältlich. Daher wird dieser Index hier nicht verwendet.

Schließlich hat die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung mit dem **Gesundheits- und Sozialstrukturatlas Berlin 2022 (GSA)** den **Erwerbs- und Sozialindex (ESIx)** vorgelegt. Dieser wird berechnet auf Basis von zwei Subindizes, „Erwerbsleben“ und „soziale Lage“, die ihrerseits auf mehreren Kennzahlen beruhen. Diese wurden auf den Ebenen der Bezirke und der Planungsräume berechnet. Zu beachten ist jedoch, dass für Indizes auf Bezirks- und Planungsebene zwar die gleichen Namen verwendet werden, jedoch viele der Variablen, die für die Berechnung der Bezirksindizes verwendet werden, auf Ebene der Planungsräume nicht vorliegen und daher nicht verwendet werden können.²³¹ Deshalb handelt es sich um unterschiedliche Indizes trotz identischer Bezeichnungen.

Die dem Atlas zugrundeliegenden Werte für die Indizes und der zugrundeliegenden Ausgangsdaten stehen zur Verfügung, jedoch endet der Datenstand im Jahr 2019.²³² Es soll daher für die vorliegende Arbeit versucht werden, den ESIx so gut wie möglich mit aktuelleren Daten neu zu berechnen. Auch dies ist aufgrund von Änderungen in der Datenverfügbarkeit nur mit Einschränkungen sinnvoll möglich, jedoch sind diese Einschränkungen geringer als die Einschränkungen bezüglich des Status-Index aus dem Monitoring Soziale Stadtentwicklung.

2.3 Die Berechnung des ESIx

Ziel war es gemäß den oben dargestellten Überlegungen, den ESIx unter Verwendung neuerer Daten zu berechnen. Hierbei wurde die Variante des ESIx gewählt, die im Gesundheits- und

²²⁸ (Kirschbaum, Horn, Bangert, & Priedemann, 2020)

²²⁹ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, 2022)

²³⁰ (Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, kein Datum)

²³¹ (Zeiber, Häbeler, Finger, & Hermann, 2022)

²³² [https://gsi-](https://gsi-berlin.info/Search/Search/Query?seite=2&CBFest=Aufnahme;Kategorie;Thema&Aufnahme=03%2F2022&Kategorie=Berichte&thema=Gesundheits%2D+und+Sozialstruktur)

[berlin.info/Search/Search/Query?seite=2&CBFest=Aufnahme;Kategorie;Thema&Aufnahme=03%2F2022&Kategorie=Berichte&thema=Gesundheits%2D+und+Sozialstruktur](https://gsi-berlin.info/Search/Search/Query?seite=2&CBFest=Aufnahme;Kategorie;Thema&Aufnahme=03%2F2022&Kategorie=Berichte&thema=Gesundheits%2D+und+Sozialstruktur) am 9. Januar 2024

Sozialstrukturatlas 2022 (GSA) für Planungsräume verwendet wurde. Dieser sollte auch auf Bezirke angewendet werden. Dies hat den Nachteil, dass auf Ebene der Bezirke auf weniger Daten zurückgegriffen wird als zur Verfügung stünden, aber den Vorteil, dass der Index auf beiden Ebenen die gleichen Sachverhalte abbildet.

Der ES_{IX} wird aus zwei Subindizes gebildet, „Erwerbsleben“ und „soziale Lage“. Diese Subindizes wurden für den GSA gebildet aus folgenden Variablen:

Subindex Erwerbsleben

- Anteil Arbeitsloser nach SGB II oder III unter 25 Jahren an der Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren
- Anteil Langzeitleistungsbeziehender nach SGB II an der Bevölkerung (15-64 Jahre)
- Erwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II an der Bevölkerung (15-64 Jahre)
- Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Subindex Soziale Lage

- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (18-64 Jahre)
- Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)²³³

Die beiden Subindizes wurden für den GSA mittels Hauptkomponentenanalysen gebildet. Bei dieser Methode werden neue Variablen gebildet, die einen möglichst großen Anteil der Varianz der Ausgangsvariablen abbilden. Um für jeden Raum ihren Wert auf der neuen Variablen zu berechnen, wird die Regressionsmethode verwendet, die die Korrelation der Ausgangsvariablen mit der Hauptkomponente sowie die Interkorrelation der Ausgangsvariablen berücksichtigt.²³⁴ Die so berechneten sogenannten Faktorscores bilden die jeweiligen Werte der Subindizes.

Der ES_{IX} selbst wurde für den GSA ebenfalls per Hauptkomponentenanalyse berechnet. Die Eingangsvariablen waren nicht die sechs oben genannten Kennzahlen, sondern die beiden Subindizes „Erwerbsleben“ und „soziale Lage“. Wiederum wurden die Faktorscores mit der Regressionsmethode berechnet, um die Werte der jeweiligen Räume für den ES_{IX} zu erhalten.

2.4 Verwendete Variablen

Für den vorliegenden Bericht war das Ziel, den ES_{IX} auf identische Weise mit aktuelleren Daten zu berechnen. Im Laufe der Erstellung stellte sich heraus, dass eine genaue Nachbildung der auf 6 Variablen beruhenden Version des ES_{IX} nicht sinnvoll ist; dies wird unten noch näher dargestellt. Um sinnfällig zu machen, dass der hier verwendete Index eng an den ES_{IX} angelehnt ist, jedoch

²³³ (Zeiber, Häßler, Finger, & Hermann, 2022, S. 82-84)

²³⁴ (DiStefano, Zhu, & Mîndrilă, 2009)

auch etwas von ihm abweicht, wird er hier als *Pankower Erwerbs- und Sozialindex*, kurz PESIx, bezeichnet.

Zur Erstellung des Datensatzes wurden die genannten 6 Ausgangsvariablen in einem Datensatz kombiniert.

Anteil Arbeitsloser nach SGB II oder III unter 25 Jahren an der Bevölkerung zwischen 15 und 24 Jahren

Das Amt für Statistik stellt Anzahl der Arbeitslosen unter 25 Jahren zur Verfügung.²³⁵ Diese wird ins Verhältnis gesetzt zur Anzahl der Einwohnerinnen und Einwohner zwischen 15 und 24 Jahren.

Aus Gründen der statistischen Geheimhaltung unterliegt die Variable auf Ebene der PLR zwei Einschränkungen. Erstens werden PLR mit unter 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern mit angrenzenden Planungsräumen zusammengelegt, so dass Pseudo-PLR entstehen (deren Kennungen auf -98 oder -99 enden). Hierdurch fehlen die korrekten Daten für die kleinen Planungsräume und diejenigen, mit denen sie zusammengelegt wurden. Dies betrifft in Pankow zum Stichtag 31.12.2022 4 Planungsräume (Blankenburg und Blankenburger Süden sowie Kissingerviertel und Pankower Tor). Zweitens sind in den Ausgangsdaten Zellen mit Besetzungen von weniger als 10 Personen gesperrt.

Um diesem Umstand zu begegnen, wurden für die hier verwendeten Datensätze zunächst die Pseudo-Planungsräume entfernt und die fehlenden Planungsräume hinzugefügt. Um Werte für die gewünschte Variable auch für solche PLR errechnen zu können, bei denen die benötigten Ausgangsdaten teilweise fehlen, wurde ein Imputationsverfahren angewendet. D. h. die fehlenden Werte wurden mithilfe eines statistischen Verfahrens aus vorliegenden Ausprägungen anderer Variablen geschätzt, und zwar wie folgt.

1. Zunächst wurden für alle Fälle, in denen die Anzahl vorliegt, die gewünschte Anteilsvariable (ausgedrückt in Prozent) errechnet.
2. Der theoretisch höchstmögliche Prozentwert wurde errechnet. Dies ist der Prozentwert, der resultiert, wenn man annimmt, dass 9 der Einwohnerinnen und Einwohner unter 25 Jahren arbeitslos sind (da bis zu dieser Anzahl die Werte nicht ausgewiesen werden).
3. Mit den Fällen, bei denen bereits ein Prozentwert vorliegt, wurde eine lineare OLS-Regression gerechnet. Der prozentuale Anteil der Arbeitslosen unter 25 wurde regrediert auf die prozentualen Anteile der Langzeitleistungsbezieher und der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen an den 15-64-jährigen. Auf Basis der resultierenden

²³⁵ Variable ALOU25, Datensatz BA_AKG_ALO (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2019)

Regressionsgleichung lässt sich vorhersagen, welche Werte für die Fälle zu erwarten wären, für die die Werte fehlen. In der verwendeten Statistiksoftware (SPSS) wurde dies umgesetzt, indem die unstandardisierten vorhergesagten Werte automatisch gespeichert wurden. Vorhergesagte Werte unter 0 wurden auf 0 gesetzt.

4. Für die Erstellung der endgültigen Variable wurde wie folgt vorgegangen:
 - a. Falls ein Wert auf Basis der tatsächlichen Anzahl vorliegt, ist dies der Wert der endgültigen Variablen. Andernfalls:
 - b. Falls der vorhergesagte Wert kleiner ist als der maximal mögliche, ist dies der Wert der endgültigen Variablen.
 - c. Andernfalls ist der theoretisch höchstmögliche Wert der Wert der endgültigen Variablen.

Anteil Langzeitleistungsbeziehender nach SGB II an der Bevölkerung (jeweils 15-64 Jahre)

Langzeitleistungsbeziehende gem. den Kennzahlen nach SGB II „sind erwerbsfähige Leistungsberechtigte (ELB), die in den vergangenen 24 Monaten mindestens 21 Monate Arbeitslosengeld II bezogen haben.“²³⁶ Diese Definition wird hier übernommen; nicht erwerbsfähige Personen sind also nicht miteinbezogen.²³⁷ Die Daten beziehen sich auf die „Monatsmitte im Dezember des Berichtsjahres.“²³⁸

Kleinräumige Daten werden in diesem Datensatz geheim gehalten „wo erforderlich“.²³⁹ Dies betrifft z. B. im Jahr 2021 die beiden Pankower PLR Pankower Tor (0 Einwohnerinnen und Einwohner) und Blankenburger Süden (50 Einwohnerinnen und Einwohner, Stand 06/23). Da diese beiden Planungsräume ohnehin nicht in die Analysen miteinbezogen werden, ist eine Imputation dieser Werte überflüssig.

Erwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II an der Bevölkerung (15-64 Jahre)

Erwerbsfähige Hilfebedürftige werden hier, wie im Gesundheits- und Sozialstrukturatlas, operationalisiert als erwerbsfähige Leistungsberechtigte. Dies sind „Personen, die

- das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach § 7a SGB II noch nicht erreicht haben,
- • erwerbsfähig sind,

²³⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a, S. 9)

²³⁷ Variable RP109, Datensatz BAE_SGB2R_PERS (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a)

²³⁸ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a, S. 4)

²³⁹ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a, S. 5)

- • hilfebedürftig sind und
- • ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben“

und die ALG II beziehen.²⁴⁰ Ausgeschlossen sind damit alle erwerbsfähigen Hilfebedürftigen, die Leistungen nach SGB II erhalten, weil sie in einer Bedarfsgemeinschaft wohnen, jedoch nicht selbst arbeitslos gemeldet sind – zum Beispiel weil sie einer schlecht bezahlten Tätigkeit nachgehen, an einer arbeitsmarktpolitischen Maßnahme teilnehmen oder zur Schule gehen.²⁴¹

Die Anzahl der erwerbsfähigen Hilfebedürftigen in Bedarfsgemeinschaften wird vom Amt für Statistik zur Verfügung gestellt.²⁴² Auch für diese Variable gilt, dass Werte geheim gehalten werden „wo erforderlich“.²⁴³ Für den vorliegenden Bericht wird der Anteil dieser Personen in der Altersklasse 15-64 Jahre an der Bevölkerung in dieser Altersklasse berechnet. Auch bei dieser Variable fehlen für keinen Pankower PLR mit mindestens 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern Werte.

Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige nach SGB II an der Bevölkerung (unter 15 Jahren)

Diese Variable bezieht sich auf die Anzahl der Personen, die weniger als 15 Jahre alt sind, deshalb nicht als erwerbsfähig gelten und in einer Bedarfsgemeinschaft wohnen, so dass für sie Leistungen nach SGB II gezahlt werden. Ihr prozentualer Anteil wird als Indikator D5 der Kernindikatoren ausgewiesen und in Prozent ausgedrückt; diese Variable wird hier genutzt.²⁴⁴

Für Fälle, bei denen die Anzahl der Personen kleiner als 3 ist, werden keine Werte ausgewiesen. Für die Imputation wird vorgegangen analog zur Imputation beim Anteil Arbeitsloser unter 25, mit dem Unterschied, dass der Maximalwert hier mit Bezug auf die Häufigkeit 2 (statt 9) berechnet wird.

²⁴⁰ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a, S. 8)

²⁴¹ (Hartmann, Hofmann, & Nagel, 2015)

²⁴² Variable RP_ELB, Datensatz BAE_SGB2R_PERS (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a)

²⁴³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2018a, S. 5)

²⁴⁴ (Kirschbaum, Horn, Bangert, & Priedemann, 2020, S. 39)

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (18-64 Jahre) sowie

Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 65 Jahre)

Mit der erstgenannten dieser beiden Variablen²⁴⁵ werden Personen erfasst, die trotz ihres Alters Grundsicherung erhalten, weil sie „ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht ausreichend oder überhaupt nicht aus eigenen Kräften und Mitteln, insbesondere aus ihrem Einkommen und Vermögen, sicherstellen können“, da sie von dauerhaften gesundheitlichen Einschränkungen betroffen sind.²⁴⁶ Für den GSA wurde der Anteil dieser Personen an der Bevölkerung der Altersgruppe 18-64 Jahre errechnet.

Mit der zweiten dieser Variablen²⁴⁷ werden Personen dargestellt, die aufgrund ihres Alters nicht mehr am Arbeitsmarkt teilnehmen und ihren Lebensunterhalt nicht in ausreichendem Maße selbst bestreiten können. Personen, die in Einrichtungen wohnen, werden nicht mitgezählt. Für den GSA wurde der Anteil dieser Personen an der Bevölkerung der Altersgruppe 65 und älter errechnet.

Im Rahmen der Datenanforderung wurde das Bezirksamt Pankow vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg informiert, dass diese Variablen in Zukunft nicht mehr in dieser Form angeboten werden. Hintergrund ist, dass seit 2012 die Regelaltersgrenze sukzessive angehoben wird, bis das Alter 67 erreicht sein wird.²⁴⁸ Dementsprechend wird in Zukunft die Grenze zwischen den beiden Altersgruppen nicht mehr bei 65 Jahren gezogen, sondern bei der jeweils gültigen Regelaltersgrenze. Das heißt, dass die Grenze zwischen den jüngeren und den älteren SGB-XII-Beziehenden in jedem Berichtsjahr bei einem anderen Alter verläuft.

Die Verschiebung der Regelaltersgrenze und die unterschiedliche Bildung der Altersgruppen hat einige interessante Auswirkungen. Mit Eintritt in das Rentenalter sinkt das Einkommen in aller Regel, so dass viele neue Ruheständler, die ihren Lebensunterhalt bislang aus eigener Kraft bestreiten konnten, nun auf SGB XII angewiesen sind. Dies spiegelt sich wider in dem Umstand, dass (betrachtet man bisherige Datensätze) sehr viel höhere Anteile der über-65-Jährigen Leistungen nach SGB XII beziehen als der unter-65-Jährigen. Durch die Anhebung der Regelaltersgrenze bleibt das Einkommen vieler 65- bis 66-jähriger, die durch einen Renteneintritt mit 65 in diesem Sinne bedürftig geworden wären, (zunächst) so hoch, dass sie nicht auf diese Leistungen angewiesen sind. Rechnet man weiterhin mit der Altersgrenze 65, so hat dies zur

²⁴⁵ Variable SGB12_18u65P, Datensatz GruSi_SGBXII (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016)

²⁴⁶ (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2024)

²⁴⁷ Variable SGB12_65P, Datensatz GruSi_SGBXII (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016)

²⁴⁸ (Bundesagentur für Arbeit, 2024)

Konsequenz, dass der Anteil der SGB-XII-Bezieher in der höheren Altersgruppe geringer ist als bei einer Altersgruppenbildung an der tatsächlichen Regelaltersgrenze.

Dies wirft die Frage auf, wie bzgl. der Indexbildung hierauf reagiert werden soll. Ein Ziel der Indexbildung für den vorliegenden Bericht ist es, einen Index zu bilden, der die „kleine“ Variante des ESIX möglichst genau nachbildet. Jedoch soll es auch möglich sein, den hier genutzten Index in Zukunft zu berechnen. Bei einer Nutzung zweier Variablen mit wandernden Altersgrenzen wäre zu erwarten, dass die Regressionsgewichte, die unten erarbeitet werden, nicht auf andere Jahre übertragbar sind. Dies ist aber das Ziel. Eine einfache Lösung ist es, schlicht eine gemeinsame Variable zu berechnen, die ungeachtet der Regelaltersgrenze alle Empfänger von SGB-XII-Leistungen ab 18 Jahren als Anteil an dieser Altersgruppe abbildet. Dann ist es unerheblich, wo die Regelaltersgrenze in einem gegebenen Berichtsjahr liegt. Die tatsächlichen finanziellen Gewinne für Personen, die aufgrund der Änderung weiterhin Arbeitseinkommen erzielen, werden so automatisch mit abgebildet. Diese Lösung wird daher für den hier erarbeiteten Index gewählt; dies macht den einzigen Unterschied zur „kleinen“ Variante des ESIX im Gesundheits- und Sozialstrukturatlas aus.

Die Werte für die beiden Ausgangsvariablen liegen in einigen der Datensätze nur als Prozentangaben vor. Diese fehlen im Datensatz dann, wenn die Prozentangaben auf absoluten Zahlen kleiner als 3 basieren.²⁴⁹ Daher werden zunächst die fehlenden Prozentangaben imputiert. Die Vorgehensweise entspricht der Vorgehensweise bezüglich der nichterwerbsfähigen Hilfebedürftigen unter 15.

Aus den (teils imputierten) Prozentangaben lassen sich, wo nötig, unter Zuhilfenahme der Einwohnerzahlen die absoluten Anzahlen für die beiden Altersgruppen 18-64 und 65 und älter rekonstruieren. Hierbei wurden alle Werte auf die nächste Ganzzahl gerundet.

Auf Basis dieser Werte sowie Einwohnerzahlen nach Altersgruppen wurde schließlich die gesuchte Variable Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (ab 18 Jahre) errechnet.

2.5 Vorläufige Bildung des Subindex P-Erwerbsleben

Dieser Subindex wird aus den ersten vier der o. g. Variablen gebildet. Wie im GSA wurde hierfür eine Hauptkomponentenanalyse mit den vier Variablen gerechnet. Hierfür wurden Daten mit Bezugspunkt Dezember 2021 genutzt. Dies ergab eine einfaktorielle Lösung, die 96% der Varianz erklärt. Der Faktorscore, ermittelt mit der Regressionsmethode, wurde gespeichert. Da (in Analogie zum GSA) ein Index gewünscht war, bei dem hohe Werte eine günstige Sozialstruktur

²⁴⁹ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2016, S. 3)

anzeigen, wurden alle Werte des Faktorscores mit (-1) multipliziert, um den endgültigen Subindex P-Erwerbsleben zu bilden.

Zur Ermittlung der Regressionsgewichte wurde eine lineare OLS-Regression mit Konstante gerechnet. Hierbei fungierte P-Erwerbsleben als abhängige, die vier für die Faktorenanalyse genutzten Variablen als unabhängige Variablen. Diese Regression ergibt notwendigerweise ein R^2 von 1. Die unstandardisierten Regressionsgewichte und die Konstante sind in Tabelle 48 dargestellt.

Tabelle 48: Vorläufige Ergebnisse für Konstante und Gewichte zur Berechnung des Subindex P-Erwerbsleben

	Bezirk (vorläufig)	Planungsraum (vorläufig)
Konstante	2,954644219725097	1,494177395245989
Anteil (in %) Arbeitsloser unter 25 an der Bevölkerung (jeweils 15-24)	-0,161821673028903	-0,087902119623599
Anteil (in %) Langzeitleistungsbeziehende SGB II an der Bevölkerung (jeweils 15-64)	-0,083093893609081	-0,110005164003863
Anteil (in %) erwerbstätige Hilfebedürftige SGB II an der Bevölkerung (jeweils 15-64)	-0,065768993956595	-0,079582168362062
Anteil (in %) Nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II an der Bevölkerung (jeweils unter 15)	-0,027085873001593	-0,028488894761768

Der jeweilige Wert für den Subindex P-Erwerbsleben für einen Raum (Fall) zu einem Zeitpunkt errechnet sich nach der Formel $Konstante + Gewicht_{Arbeitslose} * Wert_{Arbeitslose} + \dots + Gewicht_{Nichterwerbsfähige} * Wert_{Nichterwerbsfähige}$. Die Multiplikation mit (-1) ist hierbei bereits berücksichtigt und muss nicht zusätzlich vorgenommen werden.

2.6 Vorläufige Bildung des Subindex P-Soziale Lage

Für die Bildung des Subindex P-Soziale Lage wird anders vorgegangen, da die Daten eine andere Struktur haben. Wie oben dargestellt, beruht dieser „Index“ nach entsprechenden Umrechnungen der Ausgangsvariablen nur noch auf einer einzigen Variable, nämlich dem prozentualen Anteil der Bevölkerung ab 18 Jahren, der Leistungen nach SGB XII bezieht. Eine Hauptkomponentenanalyse auf Basis nur einer Variable ist nicht sinnvoll. Die Konstruktion des Subindex P-Erwerbsleben hat zur Folge, dass dieser Subindex (bei Anwendung auf die Daten des Dezember 2021) einen Mittelwert von 0 und eine Standardabweichung von 1 hat. Dies soll auch für den Subindex P-Soziale Lage erreicht werden. Daher wird die Ausgangsvariable z-standardisiert und das Ergebnis wird wiederum mit (-1) multipliziert, so dass hohe Werte eine günstige soziale Lage anzeigen.

Tabelle 49 stellt dar, welche Werte genutzt werden müssen, um den Subindex P-Soziale Lage zu erhalten.

Tabelle 49: Vorläufige Ergebnisse für Summand und Multiplikator der Summe zur Berechnung des Subindex P-Soziale Lage

	Bezirk	Planungsraum
Summand	-2,631859293493795	-1,400759355803537
Multiplikator	-1/0,919940074135013	-1/ 0,466561526999962

Der jeweilige Wert für den Subindex P-Soziale Lage für einen Raum (Fall) zu einem Zeitpunkt errechnet sich nach der Formel $Multiplikator * (Wert + Summand)$. Hierbei steht „Wert“ für die jeweilige Ausprägung der Variable „SGB-XII-Empfänger ab 18 Jahren“. Die Multiplikation mit (-1) ist hierbei bereits berücksichtigt und muss nicht zusätzlich vorgenommen werden.

Tabelle 50: Vorläufige Ergebnisse für Konstante und Gewichte zur Berechnung des Indizes PESIx

	Bezirk	Planungsraum
Konstante	-0,000000000002109	0,000000000078868
P-Erwerbsleben	0,542491323407769	0,53949484162531
P-Soziale Lage	0,542491323407769	0,53949484162531

Der jeweilige Wert des PESIx für einen Raum (Fall) zu einem Zeitpunkt ergibt sich aus der Formel $Konstante + Gewicht * (Wert_{P-Erwerbsleben} + Wert_{P-Soziale Lage})$. Eine zusätzliche Multiplikation mit (-1) ist hier nicht mehr notwendig, da die Werte für die Eingangsvariablen bereits auf einer solchen Multiplikation beruhen.

Für den GSA wurde der ESIx berechnet, indem mit den Werten der Subindizes Erwerbsleben und Soziale Lage wiederum eine Hauptkomponentenanalyse gerechnet und die Faktorscores gespeichert wurden. Hierdurch ergeben sich wieder eine Konstante und Regressionsgewichte. Dieses Verfahren wird auch hier verwendet. Hierbei ergeben sich notwendigerweise identische Regressionsgewichte für die Variablen P-Erwerbsleben und P-Soziale Lage. Tabelle 50 zeigt außerdem, dass die Konstante einen Wert nahe 0 aufweist.

2.7 Vergleich der Berechnungsmethoden

Um zu prüfen, in welchem Maße die Ergebnisse substanziell voneinander abweichen, wurde der PESIx für die Planungsräume im Dezember 2021 zum einen mit der spezifisch für Planungsräume erarbeiteten Formel errechnet; zum anderen wurden die für Bezirke erarbeiteten Parameter auf die 58 Pankower PLR mit mindestens 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern angewendet. Die beiden Versionen des PESIx wurden miteinander korreliert. Dies ergibt eine Korrelation von $r = .98$, also einen fast perfekten Zusammenhang. Der Umstand, dass sich nach der PLR-Formel Werte ergeben, die ca. um 1,2 geringer sind als die nach der Bezirksformel ist dabei unerheblich: Entscheidend ist lediglich die Lage der PLR relativ zueinander. Diese ist praktisch linear.

Der Verdacht, dass eine Anwendung der Bezirksformel auf die PLR wesentlich andere Ergebnisse ergibt als die Anwendung der auf Basis der PLR-Daten erarbeiteten Formel bestätigt sich also nicht. Deshalb kann auf alle Räume die gleiche Formel angewendet werden.

Außerdem stellt sich die Frage, ob die gleiche Formel auf alle Jahre angewendet werden soll. In Tabellen 48-50 sind diejenigen Werte abgebildet, die aus den Daten für den Dezember 2021 abgeleitet wurden. Sie wurden auf Empfehlung des Erstautors des GSA auf Basis der vorliegenden

Daten neu ermittelt und nicht aus dem GSA übernommen. Dementsprechend könnte es naheliegend erscheinen, die Werte des PESIx für jedes Jahr neu zu berechnen, z. B. für den vorliegenden Bericht für die Jahre 2020 und 2022. Ein solches Vorgehen hätte jedoch zur Folge, dass für jedes Jahr ein Faktorscore mit dem Mittelwert 0 und der Standardabweichung 1 errechnet würde. Daraus würde folgen, dass Veränderungen in der Sozialstruktur wie z. B. ein Rückgang der Arbeitslosigkeit von einem Jahr auf das andere nicht in Unterschieden zwischen dem PESIx zwischen verschiedenen Jahren abgebildet würden. Eine solche Abbildung erscheint jedoch wünschenswert; insbesondere sind dadurch sinnvolle Zeitreihenvergleiche möglich. Daher soll der PESIx für jedes Jahr mit den Werten berechnet werden, die auf Basis der Daten aus dem Dezember 2021 abgeleitet wurden.

Die Werte verschiedener Räume sind schwierig zu interpretieren, da sie sich nicht auf Einheiten wie Hektar, Euro oder Monate beziehen. Die Werte sind jedoch nicht arbiträr: Nach der PLR-Formel sind bei Anwendung auf die Pankower PLR mit über 1.000 Einwohnerinnen und Einwohnern im Dezember 2021 der Mittelwert 0 und die Standardabweichung 1. Nach der Bezirksformel gilt das gleiche bei Anwendung auf die 12 Berliner Bezirke im Dezember 2021. Die PLR-Formel basiert teils auf imputierten Daten, weshalb die Validität der Daten, die der Bezirksformel zugrundeliegt, etwas höher sein dürfte. Für den PESIx wird somit die Bezirksformel angewendet, unabhängig von der Analyseebene.

2.8 Endgültige Formel für den PESIx

Die Formel für den PESIx für alle Jahre und Analyseebenen ist somit für einen gegebenen Raum und Bezugszeitpunkt wie folgt (hier wird der Punkt als Dezimaltrenner genutzt, so dass die Formel nach Kopie in ein Statistikprogramm genutzt werden kann, ohne dass Kommata in Punkte umgewandelt werden müssten):

PESIx =

-0.000000000002109 +

$0.542491323407769 * (2.954644219725097 - 0.161821673028903 * \text{Proz_ALOU25} -$

$0.083093893609081 * \text{Proz_LLB} - 0.065768993956595 * \text{Proz_ELB} -$

$0.027085873001593 * \text{Proz_NEFU15}) +$

$0.542491323407769 * (((-1)/0.919940074135013) * (\text{Proz_SGB12} - 2.631859293493795))$

wobei

Proz_ALOU25: Anteil (in %) Arbeitsloser unter 25 an der Bevölkerung (jeweils 15-24)

Proz_LL B: Anteil (in %) Langzeitleistungsbeziehende SGB II an der Bevölkerung (jeweils 15-64)

Proz_ELB: Anteil (in %) erwerbstätige Hilfebedürftige SGB II an der Bevölkerung (jeweils 15-64)

Proz_NEFU15: Anteil (in %) nichterwerbsfähige Hilfebedürftige SGB II an der Bevölkerung (jeweils unter 15)

Proz_SGB12: Anteil (in %) Empfängerinnen und Empfänger von Grundsicherung nach SGB XII (außerhalb von Einrichtungen) an der Bevölkerung (jeweils ab 18).

3 Berechnung der altersstandardisierten Verhältniszahlen

Unterschiede in Kennwerten der Gesundheit der Bevölkerung verschiedener geographischer Einheiten sind in der Regel teilweise auf das Alter dieser Bevölkerung zurückzuführen. Für viele Analyseziele ist es sinnvoll, eine Kennzahl zu nutzen, die um den Einfluss des Alters bereinigt ist. Im Ergebnis soll eine Zahl vorliegen, die ausdrückt, ob das Ergebnis einer geographischen Einheit günstiger oder ungünstiger ist als angesichts der Altersverteilung zu erwarten. Hierzu wird der tatsächliche Wert geteilt durch den Wert, der zu erwarten wäre, wenn die Ergebnisse pro Altersgruppe in der betrachteten geographischen Einheit so wären wie in der untersuchten Population insgesamt.²⁵⁰

Beispiel: Pankow hat einen relativ niedrigen Anteil von Menschen mit Behinderungen. Es ist möglich, dass dies zurückzuführen ist auf die Altersstruktur Pankows, die sich durch einen recht geringen Anteil älterer Menschen auszeichnet. Der Einfluss der Altersverteilung an der Rate der Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung soll herausgerechnet werden, um zu einem aussagekräftigeren Vergleich der Bezirke zu kommen. Wie hoch die Zahl und der Anteil von Menschen mit Behinderungen an der Gesamtbevölkerung und innerhalb verschiedener Altersgruppen ist, lässt sich aus den vorliegenden Daten direkt berechnen. Dies sind die beobachteten Fälle. Die Zahl der erwarteten Fälle lässt sich errechnen, indem man kalkuliert, wie hoch die Zahl der Fälle in einer Altersgruppe wäre, wenn der Anteil der Menschen mit Behinderung pro Altersgruppe in Pankow genauso hoch wäre wie in Berlin insgesamt. Im nächsten Schritt wird die Zahl der beobachteten durch die Zahl der erwarteten Fälle geteilt. Das Ergebnis ist die altersstandardisierte Verhältniszahl. Liegt sie unter 1, so sind weniger Fälle zu beobachten als nach der Altersverteilung zu erwarten; bei einem Ergebnis über 1 ist es umgekehrt.

Da im vorliegenden Bericht in der Regel negative Ereignisse und Zustände betrachtet werden (z. B. Behinderung, Krankenhausaufenthalt), sind Werte über 1 in der Regel als ungünstig zu werten, Werte unter 1 als günstig. Hierbei ist jedoch zu beachten, dass die altersstandardisierte Verhältniszahl ausschließlich den Einfluss des Alters berücksichtigt; andere Einflüsse wie z. B. die sozioökonomische Struktur eines Bezirks sind hiermit noch nicht berücksichtigt.

Üblich ist es, für die Berechnung der erwarteten Werte die Werte aus der beobachteten Population insgesamt heranzuziehen – also aus derjenigen geographischen Einheit, die aus den

²⁵⁰ Diese Vorgehensweise wird in der Epidemiologie vor allem mit Bezug auf die Sterblichkeit in verschiedenen Regionen angewendet; die resultierende Kennzahl ist als „standardisierte Mortalitätsratio“, „standardisierte Mortalitätsverhältniszahl“ und „standardisierter Mortalitätsindex“ bekannt; s. hierzu Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, (2003, S. 743-744, wo auch entsprechende Formeln dargestellt sind). Das Verfahren lässt sich jedoch sinnvoll auch auf andere Inhalte als die Sterblichkeit übertragen.

betrachteten Einheiten besteht. Dieser sinnvollen Konvention wird auch im vorliegenden Bericht gefolgt.

Üblich ist es, bei Altersstandardisierungen 5-Jahres-Altersgruppen zu verwenden.²⁵¹ Dieser Konvention wird auch im vorliegenden Bericht weitgehend gefolgt. Die Berechnung der Verhältniszahlen für Bezirke erfolgt dementsprechend auf Basis der Altersgruppen 0-4 Jahre, 5-9 Jahre, [usw.], 85-89 Jahre sowie 90 Jahre und älter.

²⁵¹ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 741)

4 Berechnung der Beobachtet-erwartet-Analysen mit Regressionsmodellen

Die altersstandardisierte Verhältniszahl ermöglicht einen sozusagen faireren Vergleich zwischen verschiedenen Bezirken oder Planungsräumen. Sie erlaubt es aber ausschließlich, die Ergebnisse bezüglich des Einflusses des Alters anzupassen. Tatsächlich gibt es aber noch andere Einflüsse auf Ergebnisse. Höhere Werte sind insbesondere dort zu erwarten, wo die Einwohnerinnen und Einwohner einen niedrigeren sozioökonomischen Status haben.

Um zusätzlichen Einflüssen Rechnung tragen zu können, werden in der vorliegenden Arbeit vielfach sog. OLS-Regressionen berechnet, bei denen Räume als Fälle fungieren, die altersstandardisierte Verhältniszahl als abhängige Variable und mindestens eine andere Variable – meist der PESIx – als unabhängige Variable.²⁵² Dies erzeugt eine Regressionsgerade, die angibt, welcher Wert der abhängigen Variable angesichts des Wertes der unabhängigen Variablen zu erwarten ist – zum Beispiel: Welcher Wert der altersstandardisierten Verhältniszahl ist zu erwarten angesichts eines PESIx von 0,7?

Abbildung 64 illustriert dies an dem fiktiven Beispiel von Bezirken, deren Zahl von Krankenhausbehandlungen erklärt werden soll. Ziel ist eine Aussage darüber, ob Behandlungen in den Bezirken häufiger oder seltener sind als angesichts ihrer Einwohnerzahl, ihrer Altersstruktur und ihres PESIx zu erwarten. In der Abbildung sind die Werte der Bezirke für den PESIx auf der (waagerechten) x-Achse abgetragen, ihre altersstandardisierte Verhältniszahl der Krankenhausbehandlungen auf der (senkrechten) y-Achse. Die Punkte stellen die Bezirke dar. Die Lage der Punkte zeigt an, welche Werte des PESIx und der altersstandardisierten Verhältniszahl der Krankenhausbehandlungsfälle für diese Bezirke *beobachtet* werden. Die gestrichelte blaue Linie wird so berechnet, dass sie den geringstmöglichen Abstand zu den Punkten insgesamt hat. Sie gibt an, welche Werte der altersstandardisierten Verhältniszahl angesichts eines bestimmten PESIx-Wertes zu *erwarten* sind. Liegt der Punkt über der Linie, so ist der beobachtete Wert für die altersstandardisierte Verhältniszahl höher als zu erwarten, liegt er unter der Linie, so ist er niedriger als zu erwarten. Dies kann auch genauer ausgedrückt werden: Der beobachtete Wert der altersstandardisierten Verhältniszahl ist bekannt. Der zu erwartende Wert wird von der Geraden bestimmt. Sowohl der beobachtete als auch der erwartete Wert lassen sich auf der y-Achse ablesen. Sodann lässt sich der beobachtete durch den erwarteten Wert teilen, um die altersstandardisierte und zusätzlich adjustierte Verhältniszahl zu ermitteln.

²⁵² OLS steht für „ordinary least squares“, also „gewöhnliche Kleinstquadrate“. Dies bezieht sich darauf, dass die Regressionsgerade (die in Abbildung 64 als gestrichelte blaue Linie dargestellt wird), so berechnet wird, dass die quadrierte Entfernung der Fälle (in der Abbildung die blauen Punkte) von der Gerade möglichst klein wird. Die mathematischen Details sind zahlreichen Lehrbüchern zu entnehmen, z. B. Wooldridge (2009).

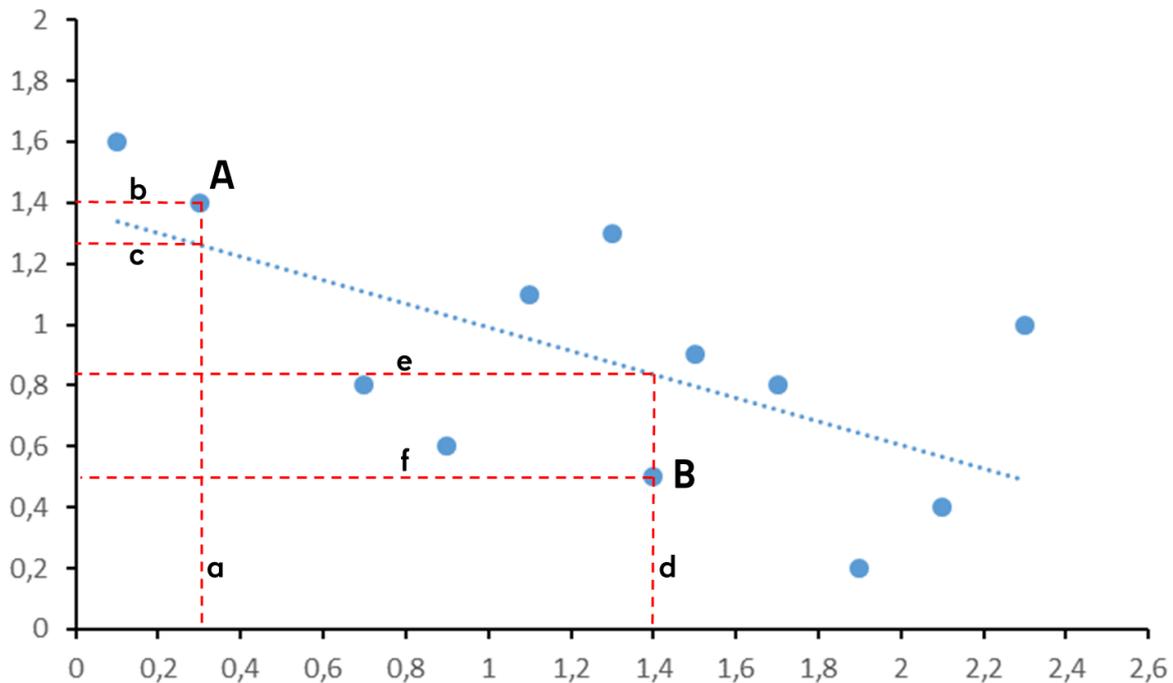


Abbildung 64: Illustration zur Erläuterung der Berechnung von altersstandardisierten und zusätzlich adjustierten Verhältniszahlen. Siehe Text. Daten: fiktive Daten.

Zwei Beispiele mit Bezug auf Abbildung 64: Der Punkt A stellt einen Bezirk dar. Er hat einen PESIx von 0,3, wie man mithilfe der gestrichelten roten Linie a auf der x-Achse ablesen kann. Seine *beobachtete* (tatsächliche) altersstandardisierte Verhältniszahl ist 1,4, wie man mithilfe der gestrichelten Linie b auf der y-Achse ablesen kann. Die gestrichelte blaue Linie zeigt die zu erwartenden Werte an. Für den PESIx-Wert 0,3 kann man den *erwarteten* Wert für die altersstandardisierte Verhältniszahl mithilfe der Linie c auf der y-Achse ablesen. Das Verhältnis vom *beobachteten* zum *erwarteten* Wert erhält man, indem man den beobachteten Wert durch den erwarteten Wert teilt. Für den Bezirk A ergibt sich

$$1,4 / 1,25 = 1,12.$$

Dies ist die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für den Bezirk A. Sie bedeutet, dass die beobachtete Rate der Krankenhaus-Behandlungsfälle im Bezirk A 1,12-mal so hoch ist wie angesichts seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten ist. Da die altersstandardisierte Verhältniszahl sich auf Krankenhaus-Behandlungsfälle bezieht, ist dies ein eher ungünstiges Ergebnis: Es gibt mehr Krankenhaus-Behandlungsfälle als angesichts der Alters- und Sozialstruktur zu erwarten, und zwar 1,12-mal so viele.

Dass das Ergebnis über 1 liegen muss, lässt sich schon daran erkennen, dass der Punkt über der Linie der erwarteten Werte (gestrichelte blaue Linie) liegt.

Das ist beim Punkt B anders: Er liegt unter der Linie, was ein Ergebnis unter 1 anzeigt. Genauer: Der Punkt hat einen x-Wert von 1,4, wie sich mithilfe von Linie d von der x-Achse ablesen lässt. Er

hat außerdem einen y-Wert von 1,5, wie sich mithilfe der Linie f auf der y-Achse ablesen lässt. Der für den x-Wert 1,4 zu erwartende y-Wert lässt sich mithilfe der Linie e ablesen: Er beträgt 0,825. Das Verhältnis der beobachteten zur erwarteten altersstandardisierten Verhältniszahl ergibt sich deshalb aus

$$0,5 / 0,825 = 0,61$$

0,61 ist die altersstandardisierte und statusadjustierte Verhältniszahl für den Punkt B. Das bedeutet, dass die beobachtete Rate der Krankenhaus-Behandlungsfälle des Bezirks B nur 0,61-mal so groß ist wie angesichts seiner Alters- und Sozialstruktur zu erwarten – ein günstiges Ergebnis.

Abbildung 64 soll zur Erläuterung des Berechnungsverfahrens der altersstandardisierten und zusätzlich adjustierten Verhältniszahlen dienen. In den Kapiteln des Hauptteils sind solche Graphiken nicht zu finden. Stattdessen werden gleich die Ergebnisse der Berechnung dargestellt, also die altersstandardisierten und statusadjustierten Verhältniszahlen selbst.

Grundsätzlich sind mithilfe der vorliegenden Daten viele verschiedene Regressionsmodelle möglich. Es stellt sich deshalb die Frage, welches der vielen möglichen Regressionsmodelle für die weiteren Berechnungen zugrunde gelegt werden soll. Diesbezüglich stellt sich im vorliegenden Bericht die besondere Schwierigkeit, dass nur sehr wenige Fälle verarbeitet werden (meist 12 Bezirke) und gleichzeitig sehr viele potentielle Erklärungsvariablen (unabhängige Variablen) zur Verfügung stehen. In solchen Fällen besteht die Gefahr, dass ein Regressionsmodell auf Basis zufälliger Zusammenhänge der unabhängigen mit der abhängigen Variablen ausgewählt wird („overfitting“). Mit dem Ziel, dass dies vermieden wird, wird in der Literatur empfohlen, pro 10-15 Fällen nur eine unabhängige Variable in das Regressionsmodell aufzunehmen.²⁵³ Dieser Empfehlung wird im vorliegenden Bericht gefolgt.

²⁵³ (Babyak, 2004)

5 Berechnung der Lebenserwartung

Gemäß den Maßgaben für die Gesundheitsberichterstattung der Länder werden die Daten in der hier verwendeten Quelle²⁵⁴ ausschließlich nach Geschlechtern getrennt ausgewiesen und es werden für jeden Datenpunkt die Ergebnisse dreier Jahre zusammengefasst.²⁵⁵ Diese Daten sind in Abbildung 65 dargestellt. Die Berliner und Pankower Werte zeigen den gegenwärtig für Deutschland und andere Länder der Europäischen Union typischen Geschlechterunterschied von ca. 5 Jahren zugunsten von Frauen.²⁵⁶ Die Berliner Werte liegen sowohl für Männer als auch für Frauen etwas über dem gesamtdeutschen Niveau.²⁵⁷

Für den Hauptteil des Berichts sollten jedoch – im Einklang mit den Darstellungen zu anderen Themen – die nicht nach Geschlechtern unterschiedenen Ergebnisse dargestellt werden. Hierfür wurden für jede Dreijahresgruppe die gewichteten Mittelwerte der geschlechtsspezifischen Werte errechnet. Als Gewichte wurden die Anteile der Jungen und Mädchen unter einem Jahr am 31. Dezember des mittleren Jahres der Dreijahresgruppe genutzt. Diese wurden auf Basis der Einwohnerregisterdaten errechnet.

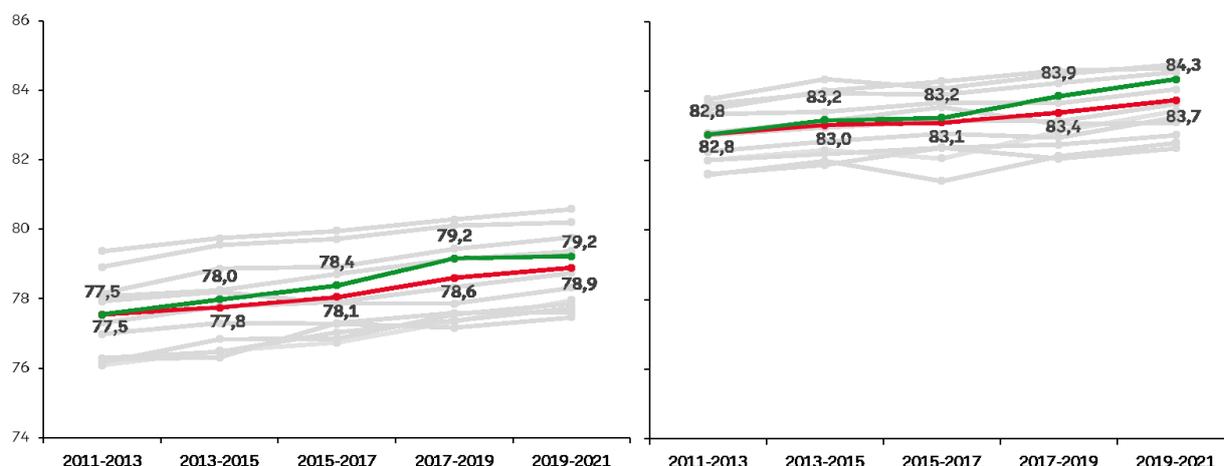


Abbildung 65: Lebenserwartung bei Geburt in Jahren von Männern (links) und Frauen (rechts) nach Bezirken und für Berlin gesamt, 2011-13 bis 2019-21. Rot: Berlin, grün: Pankow, grau: andere Bezirke. Daten: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung (für Berlin vorläufig), SenWGPG - I A - (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2021/2023).

²⁵⁴ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2021/2023)

²⁵⁵ (Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, 2003, S. 100)

²⁵⁶ (Kolip & Lange, 2018; Kolip, Lange, & Finne, 2019; Statistisches Bundesamt, 2023c). Einer datenbasierten Schätzung zufolge war in Deutschland 2005-2009 gut ein Jahr dieses Unterschiedes in der Lebenserwartung auf genetische Unterschiede zwischen Männern und Frauen zurückzuführen, knapp zwei Jahre auf Unterschiede im Rauchverhalten, der Rest der Differenz auf andere Umwelteinflüsse (Luy & Wegner-Siegmundt, 2015; Wiedemann, Wegner-Siegmundt, & Luy, 2015).

²⁵⁷ (Statistisches Bundesamt, 2023c)

6 Berechnung der Raten der AU-Tage aufgrund körperlicher und psychischer Krankheiten

Die Arbeitsunfähigkeitstage aus körperlichen Gründen wurden errechnet, indem von der Zahl aller Arbeitsunfähigkeitstage²⁵⁸ die Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen²⁵⁹ abgezogen wurde. Hierdurch entsteht eine gewisse Ungenauigkeit, die ihren Ursprung in der Art der Zählungen für die zugrundeliegenden Datensätze hat.

Die in der genutzten Quelle dargestellten Zahlen basieren auf Datenlieferungen der teilnehmenden Krankenversicherungen. Einige der teilnehmenden Krankenversicherungen haben die Zahl der AU-Tage für die Gesamtangabe Tage einmal gezählt (so wie es angemessen ist), sie für die separaten Angaben zu den Tagen pro Diagnosekapitel aber mehreren Diagnosekapiteln zugeordnet, so dass derselbe AU-Tag unter mehreren Diagnosekapiteln auftauchen kann. Daher ergibt die Summe der Raten der AU-Tage nach Diagnosekapiteln einen etwas höheren Wert als die Angabe zur Rate der AU-Tagen insgesamt.²⁶⁰ Zum Beispiel beträgt die Überschätzung der AU-Tage für Pankow 2021, die durch Summierung der AU-Tage pro Diagnosekapitel entsteht, ca. 4%.

Errechnet man die Rate der AU-Tage aufgrund körperlicher Krankheiten, indem man die Rate der AU-Tage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen von der Rate aller AU-Tage abzieht, so führt dies zu einer leichten Unterschätzung der AU-Tage aufgrund von körperlichen Erkrankungen. Denn die AU-Tage, die bei den Angaben durch die Versicherungen sowohl den psychischen und Verhaltensstörungen als auch einem anderen Diagnosekapitel zugeordnet wurden, werden sämtlich von der Gesamtzahl abgezogen.

Im Gegensatz dazu werden AU-Tage aufgrund psychischer Erkrankungen genau dann gezählt, wenn die teilnehmende Versicherung sie diesem Diagnosekapitel zugeordnet hat - unabhängig davon, ob dieser Tag außerdem einem anderen Diagnosekapitel zugeordnet wurde.

Es war erwogen worden, diesem Problem zu begegnen, indem für alle Jahre und Bezirke errechnet wird, wie groß die Überschätzung durch Aufsummierung ausfällt und die Angaben für alle Bezirke und Diagnosekapitel um einen entsprechenden Faktor zu korrigieren, so dass die Summe der korrigierten Angaben zu AU-Tagen nach Diagnosekapiteln der Summe der Angaben zu AU-Tagen insgesamt genau entspricht. Diese Korrektur ist jedoch nur für die einzelnen Bezirke möglich, nicht für Berlin insgesamt. Denn für Berlin insgesamt sind die AU-Tage nicht für alle Diagnosekapitel gesondert ausgewiesen. Sie können auch nicht aus den Angaben für die Bezirke errechnet werden, denn die Zahlen für die Bezirke liegen lediglich als Raten vor. Um aus diesen

²⁵⁸ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 30, Abb. 4, S. 71, Tab. 14)

²⁵⁹ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 38, Abb. 13, S. 116-127, Tab. A3)

²⁶⁰ Susanne Hildebrandt, persönliche Mitteilung, 03.07.2023

die Raten die Angaben für Berlin insgesamt zu errechnen, müssten exakte Daten zu den Versichertenjahren pro Bezirk herangezogen werden - welche jedoch nicht vorliegen.

Daher wird auf eine solche Korrektur verzichtet und die entstehenden Ungenauigkeiten werden in Kauf genommen. Sie sind zu verschmerzen, da solche Ungenauigkeiten in ähnlicher Weise in allen Jahren und Bezirken entstehen. Deshalb sind Vergleiche der Raten zwischen Bezirken und Jahren mit weniger Ungenauigkeiten behaftet als die Raten selbst.

7 Indirekte Altersstandardisierung der AU-Tage

Um die Fehltagetage zwischen den Bezirken besser vergleichbar zu machen, werden altersstandardisierte Verhältniszahlen errechnet. Für die Gesamtbevölkerung liegen die Fehltagetage nach Altersgruppen vor, für die Bezirke nicht – jedoch kann die Altersverteilung auch für die Bezirke aus amtlichen Daten geschätzt werden. Deshalb kann für die Errechnung der altersstandardisierten Verhältniszahl eine sog. „indirekte Altersstandardisierung“ vorgenommen werden. Bei dieser wird errechnet, welche Werte für die Bezirke zu erwarten wären, wenn die Werte in jeder Altersgruppe so wären wie in Berlin insgesamt.²⁶¹

Die altersstandardisierte Verhältniszahl für einen Bezirk wird berechnet, indem die Anzahl der beobachteten durch die Anzahl der erwarteten Fehltagetage geteilt wird. Die Raten der beobachteten Fehltagetage werden der Quelle entnommen. Die erwarteten Fehltagetage in einer Altersgruppe werden berechnet, indem die Berliner Rate der Fehltagetage (pro 100 Versichertenjahre) in dieser Altersgruppe multipliziert wird mit der Anzahl der Versichertenjahre in dieser Altersgruppe in dem Bezirk und das Ergebnis durch 100 geteilt wird. Dies ergibt die Anzahl der Fehltagetage für diese Altersgruppe, die für einen Bezirk dann zu erwarten wäre, wenn das Krankmeldungsverhalten in der Altersgruppe in dem Bezirk genau so wäre wie in Berlin insgesamt. Durch Summierung der Ergebnisse für alle Altersgruppen innerhalb eines Bezirks erhält man die erwartete Anzahl der Fehltagetage für diesen Bezirk.

Bei dieser Kalkulation ergeben sich mehrere Komplikationen aufgrund des Umstandes, dass die benötigten Daten nicht in der Form vorliegen, die für die Berechnung optimal wäre. Der Umgang mit diesem Umstand wird im Rest dieses Anhangs beschrieben. Im Ergebnis ergeben sich Ungenauigkeiten bzgl. der Altersstandardisierung. Diese etwas ungenauere Altersstandardisierung ist jedoch gar keiner Altersstandardisierung deutlich vorzuziehen.

Schätzung der Raten der AU-Tage nach Altersgruppen und Bezirk

Die Raten der Fehltagetage aufgrund von psychischen und Verhaltensstörungen in Berlin 2021 können der Quelle entnommen werden. Sie werden ausgewiesen für die Altersgruppen bis 29, 30-39, 40-49, 50-59 sowie 60-Jahre und älter.²⁶²

Die Rate für Fehltagetage aufgrund körperlicher Erkrankungen in Berlin pro Altersgruppe kann errechnet werden, indem von der jeweiligen Rate für alle Erkrankungen die Rate aufgrund von

²⁶¹ Zu dieser Methode allgemein: Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (2003, S. 743-44, wo auch entsprechende Formeln dargestellt sind). Das Verfahren wird dort am Beispiel der Sterblichkeit dargestellt, lässt sich jedoch sinnvoll auch auf andere Inhalte übertragen.

²⁶² (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 45, Abb. 16)

psychischen und Verhaltensstörungen abgezogen wird. Hierbei ergibt sich das Problem, dass die altersspezifischen Raten für alle Erkrankungen in feiner gegliederten Altersgruppen (in Fünfjahresschritten) dargestellt sind als die für psychische und Verhaltensstörungen (in Zehnjahresschritten).²⁶³ Dieses Problem kann umgangen werden, indem zunächst die Summe der zugrundeliegenden Versichertenjahre sowie die Anteile der fein gegliederten Altersgruppen an dieser Summe (jeweils für Berlin 2021)²⁶⁴ herangezogen werden, um die Anzahl der Versichertenjahre pro fein gegliedeter Altersgruppe zu errechnen. Indem man die Ergebnisse mit der Rate multipliziert und das Ergebnis durch 100 teilt, erhält man die Anzahl aller Fehltag pro fein gegliedeter Altersgruppe. Durch Summierungen können die Anzahlen für die größeren Altersgruppierungen errechnet werden. Auch die Anzahl der Versichertenjahre für die größeren Altersgruppierungen kann durch Summierung errechnet werden. Aus diesen beiden Elementen lässt sich die Rate für alle Erkrankungen errechnen. Von dieser kann nun die Rate für psychische und Verhaltensstörungen abgezogen werden, um die Rate für körperliche Erkrankungen zu erhalten.

Schätzung der Versichertenjahre nach Altersgruppen und Bezirk

Die Zahl der Versichertenjahre pro Jahr und Bezirk kann geschätzt werden auf Basis von Statistiken der Bundesagentur für Arbeit, die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg zur Verfügung gestellt werden.²⁶⁵ Versichertenjahre beziehen sich, wie dargestellt, auf sozialversicherungspflichtig Beschäftigte und ALG-I-Empfänger. Die Zahl der ALG-I-Empfänger liegt für Bezirke nicht nach Alter gruppiert vor. Die Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten liegt für Bezirke vor für die Altersgruppen unter 25, 25 bis 34, 35 bis 44, 45 bis 54 sowie 55 und älter.

Die Anzahl der Versichertenjahre auf Basis sozialversicherungspflichtiger Beschäftigung in einem Jahr wird geschätzt nach der Formel

$$VJ = 0,25 \cdot (a + 2 \cdot b + c)$$

wobei

VJ: Anzahl der Versichertenjahre

a: Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 31.12. des Jahres vor dem in Frage stehenden Jahr

b: Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 30.06. des in Frage stehenden Jahres

c: Anzahl sozialversicherungspflichtig Beschäftigte am 31.12. des in Frage stehenden Jahres

²⁶³ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 36, Abb. 10)

²⁶⁴ (Hildebrandt, Dehl, Hense, & Burgart, 2022, S. 28, Tab. 1)

²⁶⁵ Zur Beschreibung dieser Daten s. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2019)

Für die Anzahl der Versichertenjahre auf Basis von ALG-I-Bezug wird analog verfahren. Für die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten wird dies pro Altersgruppe durchgeführt, für ALG-I-Empfänger notwendigerweise für alle Alter insgesamt.

Die Altersgruppen, in denen die Daten zu sozialversicherungspflichtig Beschäftigten vorliegen (z. B. 25-34, 35-44) entsprechen nicht denen, in denen die Daten zu Fehltagen vorliegen (z. B. 30-39). Daher wird die Anzahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in den letztgenannten Altersgruppen geschätzt, indem aus den Gruppen mit der jeweils nächstniedrigeren und -höheren Klassenmitte je die Hälfte auf die Zielaltersgruppe verteilt wird. Zum Beispiel wird die Anzahl in der Altersgruppe 30-39 geschätzt, indem jeweils die Hälfte der Altersgruppen 25-34 und 35-44 der Altersgruppe 30-39 zugeschlagen wird. Sonderfälle: Die Altersgruppe bis 29 erhält die Hälfte der Beschäftigten der Altersgruppe 25-34 sowie sämtliche Beschäftigten der Altersgruppe bis 24. Die Altersgruppe 60 Jahre und älter erhält die Hälfte der Beschäftigten aus der Altersgruppe 55 Jahre und älter.

Für die Aufteilung der ALG-I-Empfänger auf die Altersgruppen wird unterstellt, dass sie sich in den gleichen Verhältnissen auf die Altersgruppen verteilen wie die sozialversicherungspflichtig Beschäftigten. Ansonsten wird analog zur Zahl der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten verfahren.

Die Anzahlen der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten und ALG-I-Empfänger in der jeweiligen Altersgruppe werden summiert, um die Anzahl der Versichertenjahre pro Altersgruppe und Bezirk zu erhalten. Diese Anzahlen beziehen sich jedoch auf alle Berliner, die sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder ALG-I-Empfänger waren. Die dem Bericht entnommenen Raten beruhen nur auf der Teilmenge dieser Personen, die bei einer der teilnehmenden Krankenkassen versichert waren. Konkret wurden zum Beispiel auf Basis der Zahlen Arbeitsagentur für das Jahr 2021 1.462.996 Versichertenjahre geschätzt; den Daten des Berichts liegen 1.076.364 Versichertenjahre zugrunde; dies entspricht ca. 74%. Um die im Bericht vorliegenden Angaben sinnvoll in erwartete AU-Tage umrechnen zu können, darf aber nur die Zahl der Versichertenjahre zugrunde gelegt werden, die auch den Daten im Bericht zugrunde liegt. Deshalb werden alle Ergebnisse für Kombinationen von Bezirk und Altersgruppe mit demjenigen Wert multipliziert, der resultiert, wenn man die dem Bericht zugrundeliegenden Versichertenjahre durch die aus den amtlichen Daten geschätzten Versichertenjahre teilt (also ca. 74%). Dies entspricht der – sicherlich vereinfachenden – Annahme, dass der Anteil der berücksichtigten an allen Versicherten bei allen Kombinationen von Altersgruppe und Bezirk genau gleich ist.

Standardisierung der Ergebnisse

Durch diese Vorgehensweise entstehen einige Ungenauigkeiten. Dies zeigt sich auch an dem Ergebnis, dass die so berechneten Verhältniszahlen für Berlin insgesamt, die per Definitionem eigentlich genau 1 sein müssten, hiervon abweichen.

Sie schwanken zwischen 0,99 (ICD-Kapitel I, „Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten“) und 1,02 (Kapitel II, „Neubildungen“). Trotz des Umstandes, dass an zahlreichen Stellen annahmenstarke Schätzverfahren angewendet werden mussten, weichen diese Ergebnisse also nur in geringem Maße von den zu erwartenden Werten ab. Um die genauestmöglichen Werte zu erhalten, werden die Verhältniszahlen für alle Bezirke standardisiert: Hierzu werden, getrennt nach Erkrankungsgruppe, die unstandardisierten Werte für die Bezirke durch den unstandardisierten Wert für Berlin geteilt.

8 Daten der Krankenhausstatistik

Die Statistik stellt die Fälle dar, die im Laufe eines Jahres aus der vollstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen wurden.²⁶⁶ Krankenhäuser in Deutschland, auch rein psychiatrische oder psychosomatische Einrichtungen, sind verpflichtet, alle Fälle zu berichten.²⁶⁷

„Ausgeschlossen sind Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug und Polizeikrankenhäuser. Bundeswehrkrankenhäuser sind nur, soweit sie Leistungen für Zivilpatientinnen und -patienten erbringen, einbezogen“.²⁶⁸ Es kann sein, dass Fälle nicht erfasst werden, wenn das entlassende Krankenhaus im Laufe des Berichtsjahres schließt oder öffnet.²⁶⁹ Wird eine Person mehrfach (mit Unterbrechungen) innerhalb eines Jahres im Krankenhaus behandelt, so wird sie mehrfach gezählt.²⁷⁰ Patientinnen und Patienten, die im Krankenhaus versterben und solche, die sich weniger als einen Tag im Krankenhaus aufhalten, werden mitgezählt.²⁷¹ Nicht enthalten in den Berliner bezirklichen Statistiken sind Patientinnen und Patienten aus Berlin, die außerhalb Berlins aus einem Krankenhaus entlassen wurden.

Das Alter bezieht sich auf den Tag der Aufnahme, nicht den der Entlassung.²⁷² Das Geschlecht wurde bis 2018 ausschließlich in den Kategorien männlich und weiblich erhoben, seit 2019 stehen zusätzlich die Kategorien „divers“ und „ohne Angabe im Geburtenregister“ zur Verfügung.²⁷³

Die Diagnosen sind die vom Krankenhaus angegebenen Hauptdiagnosen, welche nach der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, 10. Revision, deutschsprachige Modifikation (ICD-10-GM) verkodet werden. Die Diagnosen sind in 22 sog. „Kapiteln“ zusammengefasst. Erkrankungen sind in 19 Kapiteln (Schlüssel A00 bis T98) geordnet; darüber hinaus gibt es Kapitel mit nichtkranken Zuständen, die dennoch Anlass zum Aufenthalt in einem Krankenhaus sein können (z. B. Organspende) und Kapitel mit reinen Zusatzklassifikationen, die nicht Hauptdiagnose sein können.²⁷⁴ Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, „die laut Befund am Ende des stationären Aufenthaltes als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes der Patientinnen oder des Patienten verantwortlich ist“.²⁷⁵ Jeder Fall hat nur eine Hauptdiagnose.

²⁶⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 3)

²⁶⁷ (Statistisches Bundesamt, 2020a, S. 7)

²⁶⁸ (Statistisches Bundesamt, 2020a, S. 3)

²⁶⁹ (Statistisches Bundesamt, 2020a, S. 4-6)

²⁷⁰ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 4)

²⁷¹ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 4)

²⁷² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 3)

²⁷³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 3)

²⁷⁴ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 4)

²⁷⁵ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022a, S. 4)

Die hier genutzten Daten stammen vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg; Berechnungen wurden von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung durchgeführt und über die Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege zur Verfügung gestellt. Diese Berechnungen werden für den vorliegenden Bericht durch eigene Berechnungen des Bezirksamts Pankow ergänzt. Die von der Senatsverwaltung zur Verfügung gestellten Dateien enthalten Ergebnisse für Berlin insgesamt sowie die 12 Bezirke als Anzahlen, Raten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner und altersstandardisierte Daten pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner, jeweils für alle demographischen Gruppen sowie unterteilt nach Männern und Frauen sowie den beiden Altersgruppen unter 65 und ab 65 Jahren. Die Altersstandardisierung erfolgte anhand der „alten Europabevölkerung“ (zum Verfahren der Altersstandardisierung allgemein s. Abschnitt 4.4). Die bereits altersstandardisierten Raten wurden für den vorliegenden Bericht zur Errechnung altersstandardisierter Verhältniszahlen genutzt.

9 Körperliche und psychische akute Erkrankungen und Behandlungsfälle: Nicht statusadjustierte Verhältniszahlen

Tabelle 48: Körperliche akute Erkrankungen und Behandlungsfälle: Nicht statusadjustierte (in der Regel altersstandardisierte) Verhältniszahlen in Pankow, 2021, nach Krankheitsarten

	VZ KH-Fälle	0,8 Standard- abweichungen	VZ AU-Tage	0,8 Standard- abweichungen
Körperliche Erkrankungen insgesamt¹	0,98	0,05	0,91	0,14
Kreislaufsystem (I00-I99)	0,98	0,08	0,91	0,17
Neubildungen (C00-D48)	1,07	0,04	1,08	0,08
Verletzungen, Vergiftungen (S00-T98)	1,06	0,06	0,94	0,17
Verdauungssystem (K00-K93)	0,91	0,06	0,93	0,14
Muskel-Skelett (M00-M99)	0,94	0,13	0,80	0,19
Atmungssystem (J00-J99) ³	0,91	0,11	0,94	0,12
Schwangerschaft (O00-O75, O85-O99) ²	0,94 ³	0,07		
Perinatalperiode (P00-P96)	0,74 ³	0,21		
Alkohol (F10, K70, K85.2, K86.0)	0,94	0,16		
Diabetes mellitus (E10-E14)	0,85	0,15		
Psychische Erkrankungen insgesamt	1,09	0,08	0,98	0,08
Psychotrope Substanzen (F10-F19)	0,95	0,14		
Depressionen (F32, F33, F34.1)	1,44	0,20		
Schizophrenie (F20-F29)	0,99	0,13		

Abkürzungen: AU: Arbeitsunfähigkeit; KH: Krankenhaus; VZ: nicht statusadjustierte aber (wo angemessen) altersstandardisierte Verhältniszahl (s. Abschnitte 4.4, 4.8)

Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig; grünlich: auffällig niedrig; weiß: Zuordnung nicht relevant / nicht versucht. Eine Verhältniszahl wird dann als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen nach oben oder unten abweicht. Leere Zellen zeigen an, dass die Zahl aus der Quelle nicht erhältlich bzw. nicht zu errechnen war.

¹ Errechnet auf Basis der Angaben zu allen Erkrankungen abzüglich der Angaben zu Erkrankungen des Kapitels V, Psychische und Verhaltensstörungen. Bei einer alternativen Berechnung als Summe aller AU-Tage aufgrund körperlicher Erkrankungen ergibt sich ein Anteil von 79,8%. Dies erklärt sich daraus, dass einige der teilnehmenden Krankenkassen AU-Tage mehreren Krankheiten zugeordnet haben.

² Entbindungen sind nicht enthalten, da es sich hierbei nicht um Krankheiten handelt.

³ Diese Verhältniszahl ist nicht altersstandardisiert, da eine Altersstandardisierung nicht sinnvoll möglich ist.

Daten: s. Angaben in den Kapiteln 6 und 9

Die Tabelle zeigt nicht statusadjustierte Verhältniszahlen. Alle Verhältniszahlen sind altersstandardisiert, mit Ausnahme der Verhältniszahl für „Schwangerschaft“, bei der eine Altersstandardisierung aufgrund der Datenlage nicht sinnvoll möglich ist, und der Verhältniszahl für „Perinatalperiode“, bei der eine Altersstandardisierung mit dem Alter des Säuglings nicht sinnvoll ist und mit dem Alter der Mutter aufgrund der Datenlage nicht möglich ist. Zu den Krankheitsbildern und der Berechnung der zugrundeliegenden Raten s. Kapitel 6 und 10.

10 Zuordnung der Schlüssel zu Kategorien der Behinderung

Behinderungen werden mit 55 „Schlüsseln“ klassifiziert. Die Klassifikation orientiert sich „nicht primär an der ursächlichen Krankheitsdiagnose [...], sondern an der Erscheinungsform der Behinderung und der durch sie bestimmten Funktionseinschränkung“.²⁷⁶ Die 55 Schlüssel können den im SGB IX (§ 2 [1]) bestimmten 4 Kategorien zugeordnet werden, also körperlichen, seelischen, geistigen oder Sinnesbeeinträchtigungen. Die Zuordnung ist Tabelle 49 zu entnehmen.

Tabelle 49: Zuordnung der Schlüssel zu Kategorien der Behinderung

Nr.	Art der Behinderung	Kategorie
0	Verlust eines Armes	körperlich (ohne Sinnes-)
1	Verlust eines Beines	körperlich (ohne Sinnes-)
2	Verlust beider Arme	körperlich (ohne Sinnes-)
3	Verlust beider Beine	körperlich (ohne Sinnes-)
4	Verlust eines Armes und eines Beines	körperlich (ohne Sinnes-)
5	Verlust von drei oder vier Gliedmaßen	körperlich (ohne Sinnes-)
6	Funktionseinschränkung eines Armes	körperlich (ohne Sinnes-)
7	Funktionseinschränkung eines Beines	körperlich (ohne Sinnes-)
8	Funktionseinschränkung beider Arme	körperlich (ohne Sinnes-)
9	Funktionseinschränkung beider Beine	körperlich (ohne Sinnes-)
10	Funktionseinschränkung eines Armes und eines Beines	körperlich (ohne Sinnes-)
11	Funktionseinschränkung von drei Gliedmaßen	körperlich (ohne Sinnes-)
12	Funktionseinschränkung beider Arme und beider Beine	körperlich (ohne Sinnes-)
15	Deformierung des Brustkorbes mit Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	körperlich (ohne Sinnes-)
16	Funktionseinschränkung der Wirbelsäule	körperlich (ohne Sinnes-)
17	Funktionseinschränkung der Wirbelsäule und der Gliedmaßen (Querschnittlähmung: 70)	körperlich (ohne Sinnes-)
18	sonstige Einschränkungen der Stützfunktion des Rumpfes	körperlich (ohne Sinnes-)
21	Blindheit oder Verlust beider Augen	Sinnes-
22	hochgradige Sehbehinderung	Sinnes-
23	sonstige Sehbehinderung	Sinnes-
24	Sprach- oder Sprechstörungen (soweit nicht 26)	Sinnes-
25	Taubheit	Sinnes-
26	Taubheit kombiniert mit Störungen der Sprachentwicklung und entsprechenden Störungen der geistigen Entwicklung	Sinnes-
27	Schwerhörigkeit, auch kombiniert mit Gleichgewichtsstörungen	Sinnes-
28	Gleichgewichtsstörungen	Sinnes-
34	Kleinwuchs	körperlich (ohne Sinnes-)
35	Entstellung, belästigende oder abstoßende Absonderungen oder Gerüche (künstlicher After: 56 oder 57)	körperlich (ohne Sinnes-)
36	Verlust einer Brust oder beider Brüste	körperlich (ohne Sinnes-)
50	Beeinträchtigung der Funktion von Herz-Kreislauf	körperlich (ohne Sinnes-)
51	Beeinträchtigung der Funktion von Herz-Kreislauf und einem oder mehreren weiteren inneren Organen	körperlich (ohne Sinnes-)

²⁷⁶ (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 4)

Nr.	Art der Behinderung	Kategorie
52	Beeinträchtigung der Funktion der oberen Atemwege	körperlich (ohne Sinnes-)
53	Beeinträchtigung der Funktion der oberen Atemwege und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
54	Beeinträchtigung der Funktion der tieferen Atemwege und Lungen	körperlich (ohne Sinnes-)
55	Beeinträchtigung der Funktion der tieferen Atemwege und Lungen sowie eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
56	Beeinträchtigung der Funktion der Verdauungsorgane	körperlich (ohne Sinnes-)
57	Beeinträchtigung der Funktion der Verdauungsorgane und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
58	Beeinträchtigung der Funktion der Harnorgane	körperlich (ohne Sinnes-)
59	Beeinträchtigung der Funktion der Harnorgane und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
60	Beeinträchtigung der Funktion der Geschlechtsorgane	körperlich (ohne Sinnes-)
61	Beeinträchtigung der Funktion der Geschlechtsorgane und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
62	Beeinträchtigung der Funktion der inneren Sekretion und/oder des Stoffwechsels (außer 34)	körperlich (ohne Sinnes-)
63	Beeinträchtigung der Funktion der inneren Sekretion und/oder des Stoffwechsels (außer 34) und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
64	Beeinträchtigung der Funktion des Blutes und des retikulo-endothelialen Systems	körperlich (ohne Sinnes-)
65	Beeinträchtigung der Funktion des Blutes und des retikulo-endothelialen Systems und eines oder mehrerer weiterer innerer Organe	körperlich (ohne Sinnes-)
70	Querschnittlähmung	körperlich (ohne Sinnes-)
80	hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) ohne neurologische Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat	seelisch inkl. Sucht
81	hirnorganische Anfälle (auch mit geistig-seelischen Störungen) mit neurologischen Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat	seelisch inkl. Sucht
82	hirnorganisches Psychosyndrom (Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung) ohne neurologische Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat; symptomatische Psychosen	seelisch inkl. Sucht
83	hirnorganisches Psychosyndrom (Hirnleistungsschwäche, organische Wesensänderung) mit neurologischen Ausfallserscheinungen am Bewegungsapparat	seelisch inkl. Sucht
84	Störungen der geistigen Entwicklung (z. B. Lernbehinderung, geistige Behinderung)	geistig
85	körperlich nicht begründbare (endogene) Psychosen (Schizophrenie, affektive Psychosen)	seelisch inkl. Sucht
86	Neurosen, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	seelisch inkl. Sucht
87	Suchtkrankheiten	seelisch inkl. Sucht
97	nur Behinderungen mit Einzel-GdB unter 25	sonstige und ungenügend bezeichnete
98	nur für Bayern: Behinderungen, für die eine Aufgliederung nicht möglich ist	sonstige und ungenügend bezeichnete
99	anderweitig nicht einzuordnende oder ungenügend bezeichnete Behinderungen	sonstige und ungenügend bezeichnete

11 Vergleich der Statistiken zu Schwerbehinderung in Pankow

Die hier verwendeten Daten stammen aus dem Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin (LAGeSo). Auf Basis der gleichen Datenbank werden auch die „Bezirksstatistiken Schwerbehindertenrecht“ erstellt, die jährlich vom LAGeSo an die Bezirke übersendet werden.

Neben den Statistiken des LAGeSo gibt es eine zweite Quelle für Daten zu Schwerbehinderung in den Berliner Bezirken: Die „Statistik der schwerbehinderten Menschen“, die von den statistischen Ämtern veröffentlicht wird.

Die Daten des LAGeSo haben gegenüber der Statistik der statistischen Ämter mehrere Vorzüge: Erstens enthalten sie auch Angaben zu Menschen mit Graden der Behinderung unter 50 (also Menschen, die nicht als „schwerbehindert“ gelten), zweitens sind die Daten des LAGeSo aktueller, drittens sind sie für kleinere Räume als den Bezirk verfügbar.

Die neueste „Statistik der schwerbehinderten Menschen“ (statistische Ämter) bezieht sich auf den Stichtag 31. Dezember 2021.²⁷⁷ Diese wird im Folgenden verglichen mit der „Bezirksstatistik Schwerbehindertenrecht“ (LAGeSo) mit dem gleichen Stichtag. Hierbei werden ausschließlich diejenigen LAGeSo-Daten herangezogen, die sich auf Schwerbehinderte beziehen; die Angaben für geringere Grade der Behinderung spielen keine Rolle.

Tabelle 50 zeigt, dass die LAGeSo-Daten insgesamt 1,18-mal so viele Fälle ausweisen wie die Daten der statistischen Ämter. Ähnliche Analysen für Steglitz-Zehlendorf ergeben Verhältnisse zwischen 1,19 und 1,22.²⁷⁸ Dies verwundert, da die Angaben für Berlin, die in den Veröffentlichungen der statistischen Ämter dargestellt sind, ihrerseits auf den Daten des LAGeSo beruhen.

Rücksprachen mit dem LAGeSo ergaben, dass die Daten Angaben zu Personen enthalten

Tabelle 50: Vergleich der Statistiken zu Schwerbehinderung in Pankow aus zwei Quellen, Stichtag 31. Dezember 2021, nach Altersgruppen

Alter	LAGeSo 21	AfS 21	Verhältnis
0-14	938	825	1,14
15-24	931	785	1,19
25-34	1.310	1.120	1,17
35-44	2.460	2.120	1,16
45-54	3.934	3.440	1,14
55-59	3.545	3.175	1,12
60-64	3.603	3.285	1,10
65+	19.978	16.445	1,21
Gesamt	36.699	31.195	1,18

Daten: LAGeSo, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b)

²⁷⁷ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022b)

²⁷⁸ Susanne Bettge, persönliche Mitteilung, 2024

können, die verstorben oder verzogen sind, aber noch nicht aus dem Datensatz gelöscht wurden. Dies erklärt die Differenz zu den Daten der statistischen Ämter jedoch nicht, da letztere nach Auskunft des LAGeSo keine Bereinigung bezüglich Verstorbener oder Verzogener vornehmen.

Für die Veröffentlichungen der statistischen Ämter werden nur Personen „mit ausgehändigtem und gültigem Ausweis“ gezählt.²⁷⁹ Dieser Einschränkung unterliegen die Daten des LAGeSo nicht. Somit sind in den letztgenannten Daten zwei Personengruppen enthalten, die in den Daten des Statistischen Bundesamtes nicht mitgezählt werden: Personen, denen ihr beantragter Ausweis nie ausgehändigt wurde sowie Personen, deren Ausweis abgelaufen ist.

Vermutlich ist insbesondere die zweite Gruppe von nennenswerter Größe. Der Schwerbehindertenausweis wird in der Regel für 5 Jahre ausgestellt.²⁸⁰ Für einen neuen Ausweis muss in Berlin ein Foto eingereicht werden.²⁸¹ Es steht zu vermuten, dass aus diesem Grund viele Menschen, die de facto schwerbehindert sind und den Ausweis im Alltag nicht nutzen, vorübergehend oder dauerhaft keinen Ausweis haben, weil sie übersehen haben, dass der Ausweis nicht mehr gültig ist oder ihnen der Aufwand für die Neubeantragung größer erscheint als der Nutzen. Beides scheint für Personen mit dauerhaften und nennenswerten gesundheitlichen Einschränkungen hoch plausibel. Solche Personen sind in der Statistik des LAGeSo enthalten, in der der statistischen Ämter sollen sie nicht enthalten sein.

Ist es das Ziel, nicht Inhaber eines Ausweises abzubilden, sondern Menschen, die dauerhaft gesundheitlich über das alterstypische Maß hinaus stark eingeschränkt sind, so scheinen die Daten des LAGeSo vorzuziehen.

²⁷⁹ (Statistisches Bundesamt, 2022a, S. 3)

²⁸⁰ (Sozialverband VdK Deutschland, 2023)

²⁸¹ (Landesamt für Gesundheit und Soziales, kein Datum)

12 Überblick über Arten und Schwere von Behinderungen

Insgesamt waren in Pankow Mitte 2023 laut den zugrunde gelegten Daten 55.531 Menschen von einer anerkannten Behinderung betroffen (Berlin: 617.144), davon 36.537 (66%) von einer Schwerbehinderung (Berlin: 403.937; 65%). Tabelle 51 zeigt bemerkenswert ähnliche Verteilungen für Pankow und Berlin gesamt: In beiden Fällen sind körperliche Behinderungen die häufigste Art der Behinderung, gefolgt von seelischen Behinderungen. Sinnes- und geistige Behinderungen spielen eine untergeordnete Rolle. Fast ein Viertel der Fälle kann nicht zugeordnet werden.

In Tabelle 52 werden nur Menschen mit Schwerbehinderung betrachtet. Die Verteilungen sind insgesamt ähnlich. Immerhin 13% der Pankower Fälle können nicht zugeordnet werden („sonstige“).

Im Haupttext werden diese Daten getrennt nach Arten der Behinderung dargestellt. Dies bedeutet, dass Fälle, die keiner konkreten Art der Behinderung zugeordnet werden können – in den Tabellen „sonstige“ – nicht weiter betrachtet werden können. Dies ist misslich, jedoch erscheint eine getrennte Betrachtung eher geeignet, zur Identifizierung von Handlungsfeldern beizutragen, als eine Analyse, bei der die Arten der Behinderung gemeinsam betrachtet werden. Auch auf Auswertungen, bei denen die „sonstigen“ als eigene Art der Behinderung behandelt werden, wird verzichtet, da sie nicht handlungsleitend wären.

Tabelle 51: Anteile an Arten der Behinderung, alle Grade der Behinderung, Pankow und Berlin gesamt, Mitte 2023

	körperlich	sinnes-	seelisch	geistig	sonstige	gesamt
Pankow	47%	7%	20%	3%	23%	100%
Berlin gesamt	48%	7%	20%	3%	22%	100%

Daten: LAGeSo (Stand 12.07.2023), eigene Berechnungen

Tabelle 52: Anteile an Arten der Behinderung, Schwerbehinderte, Pankow und Berlin gesamt, Mitte 2023

	körperlich	sinnes-	seelisch	geistig	sonstige	gesamt
Pankow	52%	8%	22%	5%	13%	100%
Berlin gesamt	53%	8%	22%	4%	12%	100%

Daten: LAGeSo (Stand 12.07.2023), eigene Berechnungen

13 Menschen mit Schwerbehinderung: Nicht statusadjustierte Verhältniszahlen

Tabelle 53: Menschen mit Schwerbehinderung: Altersstandardisierte, nicht statusadjustierte Verhältniszahlen in Pankow, 2021, nach Kategorien der Behinderung

	VZ KH-Fälle	0,8 Standard- abweichungen
körperliche Behinderungen (ohne Sinnesbehinderungen)	0,93	0,08
Sinnesbehinderungen	0,90	0,10
seelische Behinderungen	0,89	0,10
geistige Behinderungen	0,99	0,23

Abkürzungen: VZ: altersstandardisierte, nicht statusadjustierte Verhältniszahl (s. Abschnitte 4.4, 4.8)

Erläuterungen: Rötlich gefärbte Zellen: auffällig hoch, gelblich: unauffällig, grünlich: auffällig niedrig.

Eine Verhältniszahl wird dann als auffällig gewertet, wenn sie mehr als 0,8 Standardabweichungen nach oben oder unten abweicht. Daten: s. Angaben in den Kapiteln 7 und 10

14 Entwicklung der Krankenhausfälle aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen nach Diagnosegruppen

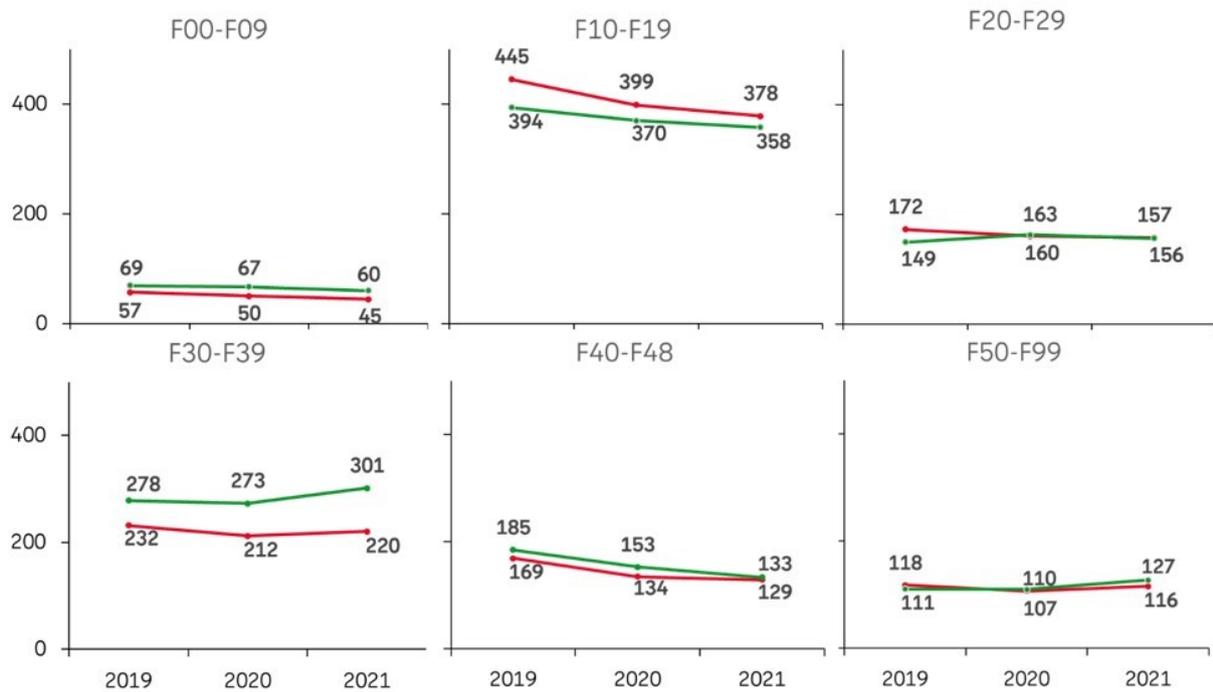


Abbildung 66: Altersstandardisierte Raten der Krankenhausfälle mit einer Entlassdiagnose aus dem ICD-Kapitel V, Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99), pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner nach Diagnoseabschnitten, 2019-2021. Grün: Pankow; rot: Berlin. F00-F09: Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen; F10-F19: Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen; F20-F29: Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen; F30-F39: Affektive Störungen; F40-F48: Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen; F50-F99: andere Diagnosegruppen. Daten: AfS Berlin-Brandenburg, Berechnung: SenGPG - IA -, eigene Berechnungen.

15 Altersstandardisierte (nicht zusätzlich adjustierte) Verhältniszahlen für von ambulanten Diensten versorgte Pflegebedürftige

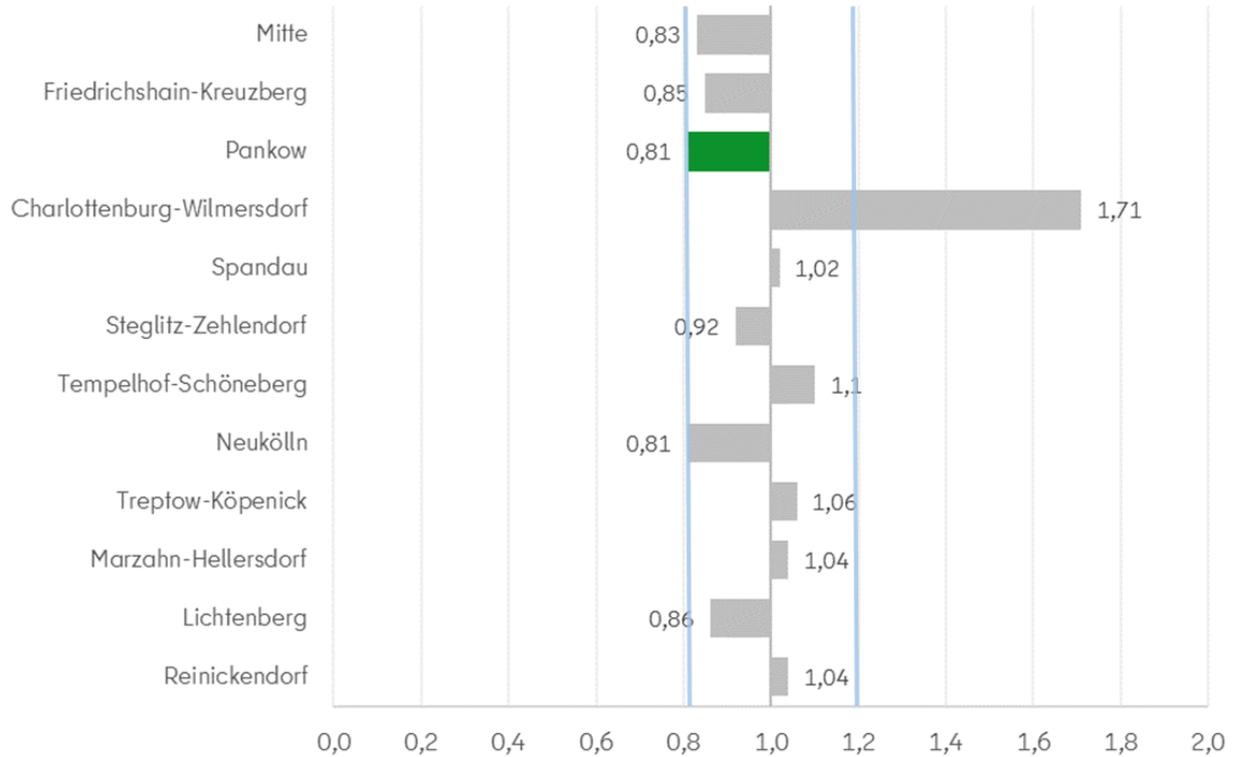


Abbildung 67: Altersstandardisierte (nicht zusätzlich adjustierte) Verhältniszahl der von ambulanten Diensten versorgten Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung laut Pflegestatistik der statistischen Ämter, nach Bezirken, Dezember 2021. Die senkrechten blauen Linien stellen 0,8 Standardabweichungen über und unter dem Wert von 1,0 dar (0,8 Standardabweichungen = 0,20). Daten: Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2022b), eigene Berechnungen.

16 Ärztliche Versorgung: Grundzüge der Berechnung von Bedarfen

In der Bedarfsplanung wird ein Soll-Niveau festgelegt, also wie viele Ärzte einer Fachrichtung es pro Einwohnerinnen und Einwohner in einem geographischen Raum geben soll. Diese Zahl wird alle zwei Jahre aktualisiert.²⁸²

Zur Berechnung wird ein mehrschrittiges Verfahren angewendet. Zunächst wird pro Fachrichtung eine bundesweite Zahl ermittelt. Bei den Aktualisierungen wird dem Umstand Rechnung getragen, dass sich die demographische Struktur Deutschlands verändert. Hierfür wird die bundesweite Verteilung der Bevölkerung auf vier Altersgruppen (unter 20, 20 bis unter 45, 45 bis unter 75, 75 und älter) sowie die zwei Geschlechter männlich und weiblich herangezogen. Eine Alterung der Bevölkerung führt grundsätzlich dazu, dass sich der festgestellte Bedarf erhöht, jedoch kann er hierdurch für einzelne Disziplinen auch sinken, z. B. für die Kinder- und Jugendheilkunde.²⁸³

In einem zweiten Schritt soll der Umstand berücksichtigt werden, dass die Menschen an manchen Orten - auch innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe - kränker sind als in anderen. Hierfür wird ein sogenannter „Morbidityfaktor“ herangezogen. Er nimmt die Ausprägungen „erhöht“ und „nicht erhöht“ an.²⁸⁴

Patientinnen und Patienten gelten dann als erhöht morbide, wenn in einem Jahr mindestens sechs der in diesem Zusammenhang maßgeblichen Krankheiten vorliegen. Die maßgeblichen Krankheiten sind einer Liste zu entnehmen, die ursprünglich für den Risikostrukturausgleich der Krankenkassen angelegt wurde mit dem Ziel, insbesondere Krankheiten mit schwerwiegendem Verlauf und hohen Behandlungskosten zu identifizieren. Eine Krankheit liegt in diesem Sinne vor, wenn sie als gesichert in Abrechnungen aus mindestens zwei Quartalen des Abrechnungsjahres kodiert wurde.²⁸⁵

Auf Basis der jüngsten verfügbaren Abrechnungsdaten wird ermittelt, wie viele der Patientinnen und Patienten in den jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen als „erhöht morbide“ bzw. „nicht erhöht morbide“ einzustufen sind. Durch Kreuzung mit den vier Alters- und den zwei Geschlechtsgruppen entstehen 16 sogenannte „Morbiditygruppen“. Durch Multiplikation der Zellen mit zellenspezifischen „Leistungsbedarfsfaktoren“, die darstellen, welche Aufwände für den typischen Patienten, die typische Patientin einer Zelle entstehen, werden die Bedarfe in der Region ermittelt. Diese Kalkulationen werden arztgruppenspezifisch vorgenommen.²⁸⁶

²⁸² (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

²⁸³ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

²⁸⁴ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024b, s. v. Morbidityfaktor)

²⁸⁵ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023, S. 123 [Anhang 4])

²⁸⁶ (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2023, S. 123-26 [Anhang 4])

Auf der Basis der Ergebnisse für diese Gruppen wird das Soll-Niveau eines Planungsbereiches angepasst: Nach oben dort, wo die Menschen mehr krank sind und pro krankem Menschen höhere Aufwände entstehen, nach unten dort, wo die Menschen weniger krank sind und pro krankem Menschen geringere Aufwände entstehen.²⁸⁷ Außerdem wird Bereichen, die umliegende Regionen mitversorgen, ein etwas höherer Bedarf zugestanden und umgekehrt.²⁸⁸

²⁸⁷ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024b, s. v. Morbiditätsfaktor)

²⁸⁸ (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2024a)

17 Personal der Pflegeeinrichtungen: Berechnung von Vollzeitäquivalenten

In der Senatsveröffentlichung „Pflege in Berlin“ wird die Anzahl der von ambulanten bzw. stationären Einrichtungen beschäftigten Personen nach Bezirk ausgewiesen.²⁸⁹ Interessanter ist jedoch die Darstellung in Vollzeitäquivalenten (VZÄ). Diese Unterscheidung ist gerade in der Pflege wichtig, da ein Großteil der hier Beschäftigten in Teilzeit arbeitet.

Für die Statistik geben die befragten Einrichtungen an, wie viele Personen bei ihnen in verschiedenen Arten von Beschäftigungsverhältnissen arbeiten.²⁹⁰ Das Statistische Bundesamt hat Faktoren entwickelt, mit denen diese Angaben in VZÄ umgerechnet werden können.²⁹¹ Die Beschäftigungsverhältnisse und Umrechnungsfaktoren (in Klammern) sind wie folgt:

- Vollzeitbeschäftigt (1,00)
- Teilzeitbeschäftigt über 50 %, aber nicht geringfügig beschäftigt (0,75)
- Teilzeitbeschäftigt 50 % und weniger, aber nicht geringfügig beschäftigt (0,45)
- Geringfügig beschäftigt (0,25)
- Auszubildende/-r, (Um-) Schüler/-in (0,50)
- Helfer/-in im Freiwilligen Sozialen Jahr (1,00)
- Helfer/-in im Bundesfreiwilligendienst (1,00)
- Praktikant/-in außerhalb einer Ausbildung (0,50)

Anders als die Veröffentlichung „Pflege in Berlin“ des Senats weisen die statistischen Berichte des Amts für Statistik Berlin-Brandenburg die Anzahl der von ambulanten bzw. stationären Einrichtungen beschäftigten Personen nach Bezirk und nach Art der Beschäftigung aus.²⁹² Dies erlaubt grundsätzlich die Umrechnung in Vollzeitäquivalente. Jedoch ist hier die Anzahl aller Teilzeitbeschäftigten gesammelt ausgewiesen. Dies wirft die Frage auf, welcher Faktor für die Umrechnung der Anzahl der Teilzeitbeschäftigten in VZÄ angesetzt werden soll.

Die Anzahlen der Beschäftigten in den verschiedenen Kategorien von Teilzeitbeschäftigung werden im Bericht des Amts für Statistik zwar nicht für Bezirke, aber für Berlin insgesamt gesondert ausgewiesen.²⁹³ Aus diesen Angaben wurde errechnet, welcher Umrechnungsfaktor für Teilzeitbeschäftigte in den Bezirken angesetzt werden sollte, wenn man unterstellt, dass (i) die Umrechnungsfaktoren des Statistischen Bundesamtes angemessen sind und (ii) sich die Teilzeitbeschäftigten in allen Bezirken so auf die verschiedenen Kategorien von Teilzeitbeschäftigung verteilen wie in Berlin insgesamt. Hierfür wurde in einem ersten Schritt errechnet, wie hoch in Berlin die Anteile der Beschäftigten in den drei Kategorien der

²⁸⁹ (Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege, 2023, Tab. III.4.2, III.5.2)

²⁹⁰ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, kein Datum, S. 3)

²⁹¹ (Statistisches Bundesamt, 2020c, S. 6)

²⁹² (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022d, Tab. 2.4, 3.10)

²⁹³ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022d, Tab. 2.3, 3.7)

Teilzeitbeschäftigung an den Teilzeitbeschäftigten insgesamt sind. In einem zweiten Schritt wurden diese Anteile mit den jeweiligen Umrechnungsfaktoren des Statistischen Bundesamtes multipliziert. In einem dritten Schritt wurden diese Produkte summiert. Hierdurch ergibt sich für die Teilzeitbeschäftigten im Jahr 2021 im ambulanten Sektor ein Faktor von ca. 0,61 und im stationären Sektor ein Faktor von ca. 0,66. Diese Faktoren werden für alle Bezirke angewendet.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass in der Veröffentlichung des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg außerdem die Anzahl der von ambulanten bzw. stationären Einrichtungen beschäftigten Personen nach Bezirk und nach „Arbeitsanteil für den Pflege- und Betreuungsdienst nach SGB XI“ ausgewiesen wird.²⁹⁴ Dieser Anteil ist nicht der Anteil an einer vollen Wochenarbeitszeit, die diese Beschäftigten leisten, und somit nicht für die Umrechnung in VZÄ geeignet. Vielmehr sollen die Befragten für die zugrundeliegende Frage für jede Beschäftigte und jeden Beschäftigten schätzen, welchen Anteil der tatsächlichen Arbeitszeit – z. B. 20 Stunden pro Woche – die Beschäftigten spezifisch für die Leistungen nach SGB XI aufwenden. Hintergrund ist, dass einige Einrichtungen neben Leistungen nach SGB XI auch Leistungen anbieten, die nicht dem SGB XI zuzuordnen sind, zum Beispiel häusliche Krankenpflege. Auch Leistungen, die nicht direkte Pflegeleistungen („am Menschen“) sind, sollen entsprechend prozentual zugerechnet werden – so ist zum Beispiel anzugeben, welcher Anteil der Arbeitszeit eines teilzeitbeschäftigten Hausmeisters der Versorgung nach SGB XI zuzurechnen ist.²⁹⁵

Die Ergebnisse werden ebenfalls nach Bezirk ausgewiesen. Sowohl für Berlin insgesamt als auch für Pankow ergibt sich, dass nur etwa die Hälfte der Beschäftigten 100% ihrer Arbeitszeit auf Tätigkeiten verwenden, die dem SGB XI zuzurechnen sind.²⁹⁶ Jedoch erfolgt hier keine Kreuzung der Resultate mit den Kategorien von Beschäftigungsverhältnissen, so dass zum Beispiel keine Aussage darüber möglich ist, wie viele der Vollzeitbeschäftigten 100% ihrer Arbeitszeit auf Tätigkeiten nach SGB XI verwenden. Die Daten zum Arbeitsanteil nach SGB XI werden daher nicht herangezogen, um die Schätzungen zu den VZÄ pro Bezirk weiter anzupassen.

Möglicherweise ist dies zu verschmerzen. Denn es stellt sich die Frage, in welchem Maße die Befragten willens und in der Lage sind, die Arbeitsanteile im oben beschriebenen Sinne anzugeben, so dass die Validität der resultierenden Daten in Frage steht. Nichtsdestoweniger gilt, dass die VZÄ, die in diesem Bericht ausgewiesen werden, nicht den Umstand berücksichtigen, dass ein Teil der damit abgebildeten Leistungen nicht auf Pflege nach SGB XI entfällt.

²⁹⁴ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022d, Tab. 2.4, 3.10)

²⁹⁵ (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, kein Datum, S. 3-4)

²⁹⁶ (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2022d, Tab. 2.4, 3.10)

Danksagung

Neben zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Bezirksamts Pankow haben auch viele andere zum Gelingen dieses Berichts beigetragen. Sajid Ali (Climate Analytics), Andreas Bauer (SenMVKU), Reinhard Busse (RWI - Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung), Susanne Hildebrandt (IGES Institut), Iris Hoßmann-Büttner (AfS Berlin-Brandenburg), Annett Kuschke (AfS Berlin-Brandenburg), Anja Rieckert (AfS Berlin-Brandenburg), Karsten Röse (LAGeSo), Carl Schleussner (Climate Analytics), Jonas-Otto Werner (AfS Berlin-Brandenburg) und Johannes Zeiher (SenWGP) stellten Daten zur Verfügung und/oder gaben wertvolle Erläuterungen zu Datensätzen und Veröffentlichungen. Die Kolleginnen und Kollegen der überbezirklichen AG Gesundheitsberichterstattung standen mit Rat und Tat zur Seite. Ihnen allen sei recht herzlich gedankt - verbunden mit dem Hinweis, dass ihnen verbleibende Schwächen des Berichts nicht zuzurechnen sind.

Literatur

- Adams, P., Hurd, M. D., McFadden, D., Merrill, A., & Ribeiro, T. (2003). Healthy, wealthy, and wise? Tests for direct causal paths between health and socioeconomic status. *Journal of Econometrics*, *112*, S. 3-56. [https://doi.org/10.1016/S0304-4076\(02\)00145-8](https://doi.org/10.1016/S0304-4076(02)00145-8)
- Allex, B., & Ortner, S. (2022). *Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden 2021*. Statistik Austria. Abgerufen am 24. August 2023 von <https://www.statistik.at/fileadmin/publications/Strassenverkehrsunfaelle-2021.pdf>
- Allex, B., & Ortner, S. (2023). *Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden 2022*. Statistik Austria. Abgerufen am 24. August 2023 von https://www.statistik.at/fileadmin/user_upload/Strassenverkehrsunfaelle2022.pdf
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2016). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (SGB XII): Beschreibung, Stand 12/2016*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2018a). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Arbeitsmarktdaten: SGB II Statistik: Basis: Mikrodaten, Revision ab 2014: Beschreibung, Stand: 09/2018*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2018b). *Statistischer Bericht K VIII 1 - 2j / 19: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Berlin 2017*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2019). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Arbeitsmarktdaten in kleinräumiger Gliederung (AkG) (voraggregierte Daten ab 2018): Beschreibung, Stand 01/2019*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2020). *Statistischer Bericht K VIII 1 - 2j / 19: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Berlin 2019*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2021a). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Einwohnerregisterstatistik: LOR ab 01.01.2021: Beschreibung, Stand 02/2021*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2021b). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Regionales Bezugssystem (RBS): Raumgliederung, Flächennutzung, Wohnlage (Mietspiegel): Beschreibung, Stand 06/2021*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2021c). *Abgestimmter Datenpool Berlin: Einwohnerregisterstatistik: Daten zum Migrationshintergrund: LOR ab 01.01.2021: Beschreibung, Stand 02/2021*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022a). *Metadaten: Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten, EVAS: 23131, Berichtsjahr: 2021*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Abgerufen am 21. August 2023 von https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/8713745c106e1142/c6d46ffce138/MD_23131_2021.pdf
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022b). *Statistischer Bericht K III 1 - 2j / 21: Schwerbehinderte Menschen im Land Berlin*. Abgerufen am 7. Februar 2024 von https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/1e915fe117d5f9db/168f4dc9b525/SB_K03-01-00_2021j02_BB.xlsx
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022c). *Statistischer Bericht K III 2 - j / 21: Eingliederungshilfe im Land Berlin 2021: Empfänger von Eingliederungshilfe nach dem SGB IX*. Abgerufen am 29. September 2023 von https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/589a1b42bd8e4b1a/328bdfb1d382/SB_K03-02-00_2021j01_BE.xlsx
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022d). *Statistischer Bericht K VIII 1 - 2j / 19: Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen sowie Empfänger von Pflegegeldleistungen im Land Berlin 2021*. Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Abgerufen am 12. Oktober 2023 von https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/2a8689aed5f76a05/f431472beb78/SB_K08-01-00_2021j02_BE.pdf

- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2023a). *Statistischer Bericht A IV 10 - j / 21: Gestorbene nach Todesursachen im Land Berlin 2021*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von https://download.statistik-berlin-brandenburg.de/cd164fd67d30b5c4/2c7b23b172e7/SB_A04-10-00_2021j01_BE.xlsx
- Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (16. August 2023b). *Hitzebedingte Sterbefälle nehmen zu*. Abgerufen am 22. August 2023 von <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/news/2023/hitzebedingte-sterblichkeit>
- AOK-Bundesverband. (kein Datum). *Belegarzt*. Abgerufen am 10. Mai 2024 von <https://www.aok.de/pp/lexikon/belegarzt/>
- Apouey, B., & Clark, A. E. (2015). Winning big but feeling no better? The effect of lottery prizes on physical and mental health. *Health Economics*, 24, S. 516-538. <https://doi.org/10.1002/hec.3035>
- AQUA-Institut. (2015). *Versorgungsqualität bei Schlaganfall: Konzeptskizze für ein Qualitätssicherungsverfahren. Stand: 13. März 2015*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2283/2015-06-18_AQUA_Abnahme-Konzeptskizze-Schlaganfall.pdf
- Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden. (2003). *Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder* (3., neu bearbeitete Fassung). Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes Nordrhein-Westfalen. Abgerufen am 12. Oktober 2023 von https://www.gbe-bund.de/pdf/Indikatorensatz_der_Laender_2003.pdf
- Arbuthnott, K., Jajat, S., Heaviside, C., & Vardoulakis, S. (2020). Years of life lost and mortality due to heat and cold in the three largest English cities. *Environment International*, 144, a105966. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105966>
- Augurzyk, B., Busse, R., Haering, A., Nimptsch, U., Pilny, A., & Werbeck, A. (2022). Leistungen und Erlöse von Krankenhäusern in der Corona-Krise. In J. Klauber, J. Wasem, A. Beivers, & C. Mostert (Hrsg.), *Krankenhaus-Report 2022: Patientenversorgung während der Pandemie* (S. 35-62). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-64685-4_3
- Augustin, J., Horstmann, R., Homeier-Bachmann, T., Jensen, K., Knieling, J., ..., & Strube, C. (2018). Gesundheit. In H. von Storch, I. Meinke, & M. Claußen (Hrsg.), *Hamburger Klimabericht: Wissen über Klima, Klimawandel und Auswirkungen in Hamburg und Norddeutschland* (S. 173-192). Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-55379-4>
- Auner, N., & Radner, K. (2005). Risiko der späteren Schwangerschaft. *Imago Hominis*, 12, S. 181-194.
- Axnick, M. (2021). Hitzebedingte Sterblichkeit in Berlin und Brandenburg. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg*, 15, S. 34-39.
- Babyak, M. A. (2004). What you see may not be what you get: A brief, nontechnical introduction to overfitting in regression-type models. *Psychosomatic Medicine*, 66, S. 411-422.
- Baker, M. (2022). Klimawandel als Herausforderung für das Gesundheitswesen: Das Aktionsbündnis Hitzeschutz Berlin. *Pädiatrische Allergologie*, 35, S. 44-47.
- Bardehle, D. (2007). Indikatoren verwenden. In R. Reintjes, & S. Klein (Hrsg.), *Gesundheitsberichterstattung und Surveillance* (S. 72-85). Hans Huber.
- Barthel, U. (26. Oktober 2023). *Warum Berliner Pflegedienste beim Tod der Patienten auf den Kosten sitzen bleiben*. Abgerufen am 15. Mai 2024 von [rbb24: https://www.rbb24.de/politik/beitrag/2023/10/pflegedienst-sozialaemter-berlin-patienten-kosten-tod-.html](https://www.rbb24.de/politik/beitrag/2023/10/pflegedienst-sozialaemter-berlin-patienten-kosten-tod-.html)
- Barthelme, J. (2023). *Frauengesundheitsbericht 2023: Ein Bericht zur gesundheitlichen Lage von Frauen in Pankow*. Bezirksamt Pankow. Abgerufen am 15. März 2024 von https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/dokumente/pankow_frauengesundheitsbericht_2023.pdf?ts=1710166468
- Barthelme, J. (2024). *Einschulungsuntersuchungsbericht: Ergebnisse der Einschulungsuntersuchungen 2019 und 2022 in Pankow*. Bezirksamt Pankow von Berlin. Abgerufen am 2. Mai 2024 von <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/dokumente/pankow-esu-bericht-2019-2022.pdf?ts=1712581473>

- Basner, M., Babisch, W., Davis, A., Brink, M., Clark, C., ..., & Stansfeld, S. (2014). Auditory and non-auditory effects of noise on health. *Lancet*, *383*, S. 1325-1332. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61613-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61613-X)
- Beckmann, K., Glemser, A., H. C., von der Heyde, C., Hoffmeyer-Zlotnik, J. H., ..., & Kühnen, C. (2016). *Demographische Standards, Ausgabe 2016: Eine gemeinsame Empfehlung des ADM Arbeitskreis Deutscher Markt- und Sozialforschungsinstitute e. V., der Arbeitsgemeinschaft Sozialwissenschaftlicher Institute e. V. (ASI) und des Statistischen Bundesamtes* (6., überarbeitete Aufl.). Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 29. August 2023 von https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001549/Band17_DemographischeStandards1030817169004.pdf
- Bengtsson, T., Dribe, M., & Helgertz, J. (2020). When did the health gradient emerge? Social class and adult mortality in southern Sweden, 1813-2015. *Demography*, *57*, S. 953-977. <https://doi.org/10.1007/s13524-020-00877-5>
- Berger, R., Helmer, H., Schneider, H., & Surbek, D. (2022). *Die Frühgeburt: Prädiktion, Prävention und Management*. Abgerufen am 7. Mai 2024 von e.Medpedia: https://www.springermedizin.de/emedpedia/detail/die-geburtshilfe/die-fruehgeburt-praediktion-praevention-und-management?epediaDoi=10.1007%2F978-3-662-44369-9_15#CR17
- Berzofsky, M., Smiley-McDonald, H., Moore, A., & Krebs, C. (2014). *Measuring socioeconomic status (SES) in the NCVS: Background, options, and recommendations. Report prepared for the Bureau of Justice Statistics, U.S. Department of Justice*. RTI International. Abgerufen am 29. August 2023 von <https://www.ojp.gov/pdffiles1/bjs/grants/248562.pdf>
- Bezirksamt Pankow von Berlin. (kein Datum a). *Willkommen in Pankow*. Abgerufen am 29. 08 2023 von <https://www.berlin.de/ba-pankow/ueber-den-bezirk/>
- Bezirksamt Pankow von Berlin. (kein Datum b). *Steuerungsgremium Psychiatrie - Sucht*. Abgerufen am 04. April 2024 von <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/artikel.256563.php>
- Bezirksamt Pankow von Berlin. (kein Datum c). *Steuerungsgremium Psychiatrie*. Abgerufen am 5. Mai 2024 von <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/service-und-organisationseinheiten/qualitaetsentwicklung-planung-und-koordination-des-oeffentlichen-gesundheitsdienstes/artikel.256573.php>
- Bezirksamt Pankow von Berlin. (kein Datum d). *Sozialpsychiatrischer Dienst*. Abgerufen am 9. April 2024 von <https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/gesundheitsamt/artikel.218488.php>
- Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg. (kein Datum). *Menschen mit Behinderung in Tempelhof-Schöneberg: Zusammenfassung der Statistik der behinderten Menschen für das Jahr 2018 des Landesamts für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) (mit Rückblick auf die Jahre 2013 bis 2017)*. Bezirksamt Tempelhof-Schöneberg. Abgerufen am 31. August 2023 von https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/_assets/politik-und-verwaltung/beauftragte/menschen-mit-behinderung/menschen_mit_behinderung_tempelhof-schoeneberg_2013_bis-2018.pdf
- Boemermann, H., Rockmann, U., & Rehkämper, K. (2008). Neue Daten zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Berlin zum Stand 31.12.2007. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg*, *3*, S. 20-28.
- Breitschneider, J., Kuhnert, R., & Hapke, U. (2017). Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, *2*, S. 81-88. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-058>
- Bundesagentur für Arbeit. (2024). *Anhebung der Regelaltersgrenze*. Abgerufen am 4. März 2024 von <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statistischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodische-Hinweise/uebergreifend-MethHinweise/Anhebung-der-Altersgrenze.html>

- Bundesagentur für Arbeit. (kein Datum). *Engpassanalyse, Berichtsjahr 2022*. Abgerufen am 15. Mai 2024 von <https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Navigation/Statistiken/Interaktive-Statistiken/Fachkraeftebedarf/Engpassanalyse-Nav.html>
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. (2024). *Aufbau der Systematik*. Abgerufen am 19. April 2024 von <https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/Systematik/systematikaufbau.html>
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung. (2024). *Perinatalsterblichkeit in Deutschland, West- und Ostdeutschland (1955-2020)*. Abgerufen am 14. März 2024 von <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S44-Perinatalsterblichkeit-West-Ost-ab-1955.html>
- Bundeskartellamt. (2021). *Sektoruntersuchung Krankenhäuser: Wettbewerb im Krankenhaussektor in Deutschland und Schutz durch die Fusionskontrolle: Darstellung und Analyse der Strukturen auf den Märkten der Akutkrankenhäuser in Deutschland. Abschlussbericht gemäß § 32e GWB*. Bundeskartellamt. Abgerufen am 14. Mai 2024 von https://www.bdpk.de/fileadmin/user_upload/BDPK/Themen/Gesundheitspolitik/Sektoruntersuchung_Krankenhaeuser.pdf
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (8. Januar 2024). *Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung*. Abgerufen am 21. Februar 2024 von <https://www.bmas.de/DE/Soziales/Sozialhilfe/Grundsicherung-im-Alter-und-bei-Erwerbsminderung/grundsicherung-im-alter-und-bei-erwerbsminderung-art.html>
- Bundesministerium für Gesundheit. (17. Juli 2023a). *Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2*. Abgerufen am 7. Mai 2024 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/gesundheitsgefahren/diabetes>
- Bundesministerium für Gesundheit. (17. März 2023b). *Chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD)*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von <https://gesund.bund.de/chronisch-obstruktive-lungenerkrankung-copd>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2024). *Gesundheitsziele*. Abgerufen am 19. April 2024 von <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/gesundheitswesen/gesundheitsziele>
- Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz. (2023). *NO₂ [sic] Innen und Außen*. Abgerufen am 5. Februar 2024 von <https://www.bmuv.de/faqs/no2-innen-und-aussen>
- Burkart, K. G., Brauer, M. A., Godwin, W. W., Hay, S. I., ..., & Stanaway, J. D. (2021). Estimating the cause-specific relative risks of non-optimal temperature on daily mortality: a two-part modelling approach applied to the Global Burden of Disease Study. *Lancet*, *398*, S. 685-697. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01700-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01700-1)
- Busch, M. A., Maske, U. E., Ryl, L., Schlack, R., & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und disgnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, *56*, S. 733-739. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1688-3>
- Chapman, J. C., & Wiggins, D. M. (1925). Relation of family size to intelligence of offspring and socio-economic status of family. *The Pedagogical Seminary and Journal of Genetic Psychology*, *32*. <http://dx.doi.org/10.1080/08856559.1925.10532325>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, *112*, S. 155-159. <https://doi.org/10.1037/14805-018>
- Conti, G., Heckman, J., & Urzua, S. (2010). The education-health gradient. *American Economic Review: Papers & Proceedings*, *100*, S. 234-238. <http://dx.doi.org/10.1257/aer.100.2.234>
- Corcoran, J., & Zahnow, R. (2022). Weather and crime: A systematic review of the empirical literature. *Crime Science*, *11*, a16. <https://doi.org/10.1186/s40163-022-00179-8>
- DAK Gesundheit & IGES. (2023a). *Psychreport 2023: Entwicklungen [sic] der psychischen Erkrankungen im Job: 2012-2022*. DAK Gesundheit. Abgerufen am 26. Oktober 2023 von <https://caas.content.dak.de/caas/v1/media/32628/data/3983614e98a936fe7d7dd70f3dac2e73/dak-psychreport-ergebnis-praesentation.pdf>

- DAK Gesundheit & IGES. (2023b). *Psychreport 2023 Berlin: Entwicklungen der psychischen Erkrankungen im Job: 2012-2022*. DAK Gesundheit. Abgerufen am 26. Oktober 2023 von <https://www.dak.de/dak/download/report-2612330.pdf>
- Dehl, T., Hildebrandt, S., Kleinlercher, K.-M., & Sörensen, J. (2019). *Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg*. Clustermanagement Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg - HealthCapital / Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie GmbH. Abgerufen am 06. November 2023 von https://www.wfbb.de/sites/wfbb.de/files/2021-04/bp_gesundheitsbericht_2019_web_neu_compressed%20%282%29.pdf
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten. (kein Datum). *Krankheiten der Verdauungsorgane vermeiden und behandeln*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von <https://www.dgvs.de/aus-dem-fach/praevention/positionen/>
- Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung. (kein Datum). *Muskel-Skelett-Erkrankungen*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von <https://www.dguv.de/de/versicherung/berufskrankheiten/muskel-skelett/index.jsp>
- Deutsche Krankenhausgesellschaft. (2024). *Stationsäquivalente psychiatrische Behandlung*. Abgerufen am 10. Mai 2024 von <https://www.dkgev.de/themen/versorgung-struktur/psychiatrie-psychose/stationsaequivalente-psychiatrie-behandlung/>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (21. September 2018a). *Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)*. Abgerufen am 30. Oktober 2023 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f10-f19.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (21. September 2018b). *Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)*. Abgerufen am 25. April 2024 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2022/block-f20-f29.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (21. September 2018c). *Affektive Störungen (F30-F39)*. Abgerufen am 30. Oktober 2023 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f30-f39.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (21. September 2018d). *Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)*. Abgerufen am 23. Mai 2024 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f40-f48.htm>
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. (27. September 2018e). *Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)*. Abgerufen am 17. Mai 2024 von <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f60-f69.htm>
- Deutsches Krebsforschungszentrum. (kein Datum). *Krebsrisiken - das sagt die Wissenschaft*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von https://www.dkfz.de/de/krebspraevention/Krebsrisiken_das-sagt-die-Wissenschaft/Wissenschaft_Index.html
- Diemer, M. A., Mistry, R., Wadsworth, M. E., López, I., & Reimers, F. (2013). Best practices in conceptualizing and measuring social class in psychological research. *ASAP: Analyses of Social Issues and Public Policy*, 13, S. 77-113. <https://doi.org/10.1111/asap.12001>
- DiStefano, C., Zhu, M., & Mîndrilă, D. (2009). Understanding and using factor scores: Considerations for the applied researcher. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 14, a20. <https://doi.org/10.7275/da8t-4g52>
- Ditton, H., & Maaz, K. (2015). Sozioökonomischer Status und soziale Ungleichheit. In H. Reinders, H. Ditton, C. Gräsel, & B. Gniewosz (Hrsg.), *Empirische Bildungsforschung* (S. 193-207). VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-19994-8_17
- Donaldson, G. C., & Keatinge, W. R. (2002). Excess winter mortality: Influenza or cold stress? Observational study. *BMJ*, 324, S. 89-90. <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7329.89>

- Ebi, K. L., Capon, A., Berry, P., Broderick, C., de Dear, R., ..., & Jay, O. (2021). Hot weather and heat extremes: Health risks. *Lancet*, *398*, S. 698-708.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01208-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01208-3)
- Europäisches Parlament. (13. September 2023). *Luftverschmutzung: Strengere Grenzwerte, um bis 2050 verschmutzungsfrei zu sein*. Abgerufen am 5. Februar 2024 von <https://www.europarl.europa.eu/news/de/press-room/20230911IPR04915/luftverschmutzung-strengere-grenzwerte-um-bis-2050-verschmutzungsfrei-zu-sein>
- Fix, E. (2017). *Die Schnittstelle Eingliederungshilfe – Pflege im Lichte der gesetzlichen Regelungen des Bundesteilhabegesetzes und des Pflegestärkungsgesetzes III. Fachbeitrag D11-2017*. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation. Abgerufen am 29. September 2023 von https://www.reha-recht.de/fileadmin/user_upload/RehaRecht/Diskussionsforen/Forum_D/2017/D11-2017_Schnittstelle_Eingliederungshilfe_Pflege_im_Lichte_von_BTHG_und_PSG_III.pdf
- Fuchs, V. R. (1982). Time preference and health: An exploratory study. In V. R. Fuchs (Hrsg.), *Economic aspects of health* (S. 93-120). University of Chicago Press.
- Gaber, E. (2011). *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede*. Robert Koch-Institut.
<http://dx.doi.org/10.25646/3158>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (16. März 2023). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Bedarfsplanung sowie die Maßstäbe zur Feststellung von Überversorgung und Unterversorgung in der vertragsärztlichen Versorgung (Bedarfsplanungs-Richtlinie), Stand: 16. März 2023. Abgerufen am 13. Mai 2024 von https://www.g-ba.de/downloads/62-492-3160/BPL-RL_2023-03-16_iK-2023-06-03.pdf
- Gesellschaft für Versicherungswissenschaft und -gestaltung. (kein Datum). *Was sind Gesundheitsziele?* Abgerufen am 19. April 2024 von <https://gvg.org/de/topic/96.was-sind-gesundheitsziele.html>
- Grigoriev, P., Pechholdová, M. M., Scholz, R. D., & Klüsener, S. (2021). 30 Jahre Deutsche Einheit: Errungenschaften und verbliebene Unterschiede in der Mortalitätsentwicklung nach Alter und Todesursachen. *Bundesgesundheitsblatt*, *64*, S. 481-490. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03299-9>
- Griffner, U., Kuntsche, S., Graham, K., & Bloomfield, K. (2012). Social inequalities and gender differences in the experience of alcohol-related problems. *Alcohol and Alcoholism*, *47*, S. 597-605.
<https://doi.org/10.1093/alcalc/ags040>
- Grobe, T., & Braun, A. (2020). *Barmer Gesundheitsreport 2020: Branchenatlas*. Barmer. Abgerufen am 26. Oktober 2023 von <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Gesundheitsreporte/barmer-gesundheitsreport-2020.pdf>
- Grobe, T., & Braun, A. (2022). *Barmer Gesundheitsreport 2022: Gender*. Barmer. Abgerufen am 26. Oktober 2023 von <https://www.bifg.de/media/dl/Reporte/Gesundheitsreporte/2022/barmer-gesundheitsreport-2022-bf.pdf>
- Haftenberger, M., Zeiher, J. H., & Finger, J. (2022). *Vorzeitige Sterblichkeit in Berlin – Zusammenhang mit sozialer Lage und Umweltbelastungen*. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Abgerufen am 29. November 2023 von https://www.berlin.de/sen/gesundheits/_assets/service/gesundheitsberichterstattung/kurz-informiert/ki_2022_04_vorz_sterblichkeit.pdf
- Hartmann, M., Hofmann, B., & Nagel, G. (2015). *Warum sind nicht alle erwerbsfähigen Leistungsberechtigten arbeitslos? Verwendung der statusrelevanten Lebenslage in der Statistik der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem SGB II*. Bundesagentur für Arbeit. Abgerufen am 1. März 2024 von https://statistik.arbeitsagentur.de/DE/Statischer-Content/Grundlagen/Methodik-Qualitaet/Methodenberichte/Grundsicherung-Arbeitsuchende-SGBII/Generische-Publikationen/Methodenbericht-Warum-sind-nicht-alle-eLb-arbeitslos.html?__blob=publicationFile

- Helbig, R., & Latteck, Ä.-D. (2022). Lebensqualität im Mittelpunkt der Langzeitpflege von Menschen mit Körperbehinderungen. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2022: Spezielle Versorgungslagen in der Langzeitpflege* (S. 105-118). Springer.
<https://doi.org/10.1007/978-3-662-65204-6>
- Hildebrandt, S., Dehl, T., Hense, M., & Burgart, E. (2022). *Länderübergreifender Gesundheitsbericht Berlin-Brandenburg 2022*. Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg - HealthCapital. Abgerufen am 03. November 2023 von
https://www.healthcapital.de/files/user_upload/BP_Gesundheitsbericht_2022_web__1_.pdf
- House, J. S., Kessler, R. C., & Herzog, A. R. (1990). Age, socioeconomic status, and health. *Milbank Quarterly*, 68, S. 383-411. <https://doi.org/10.2307/3350111>
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. (2019). *Methodische Grundlagen V1.1*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von https://iqtig.org/downloads/berichte-2/meg/IQTIG_Methodische-Grundlagen-V1.1_barrierefrei_2019-04-15.pdf
- Jacobs, S., Starck, C. T., & Hohendanner, F. (März 2022). *Koronare Herzkrankheit (KHK): Symptome, Ursachen und Therapie*. Abgerufen am 6. Mai 2024 von <https://www.dhzb.de/ratgeber/koronare-herzkrankheit>
- Kaspar-Ott, I., Hertig, E., Traidl-Hoffmann, C., & Fairweather, V. (2020). Wie sich der Klimawandel auf unsere Gesundheit auswirkt. *Pneumo News*, 12, S. 38-41. <https://doi.org/10.1007/s15033-020-1836-z>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024a). *Bedarfsplanung*. Abgerufen am 13. Mai 2024 von <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php>
- Kassenärztliche Bundesvereinigung. (2024b). *Glossar*. Abgerufen am 13. Mai 2024 von <https://www.kbv.de/html/bedarfsplanung.php#content41653>
- Kassenärztliche Vereinigung Berlin. (2023). *Bedarfsplanung 2023 der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin*. Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Abgerufen am 10. Mai 2024 von https://www.kvberlin.de/fileadmin/user_upload/bedarfsplanung_zulassung/bz_bedarfsplan.pdf
- Kellou, D., Menke, I., Ruach, T., König, F., Souverijns, N., Davidel, R., & De Paep, M. (2024). *Hitzestress und Anpassungsmaßnahmen in der Metropolregion Berlin-Brandenburg*. Climate Analytics. Abgerufen am 31. Januar 2024 von <https://ca1-clm.edcdn.com/assets/Berlin-Bericht-final.pdf?v=1706627809>
- Kirschbaum, N., Horn, A., Bangert, D., & Priedemann, A. (2020). *Kernindikatoren für integrierte Stadtteilentwicklung und Bezirksregionenprofile: Indikatorenblätter: Erläuterungen und Hinweise zur Verwendung der Kernindikatoren ab Datenstand 31.12.2018: 5. Fortschreibung, 25.05.2020*. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, Gruppe I A 3. Abgerufen am 11. Januar 2024 von https://prisma.senstadt.verwalt-berlin.de/daten/BZRP/KID/KID-Beschreibungen/Indikatorenbl%C3%A4tter_KID_BZRP.pdf
- Kolip, P., & Lange, C. (2018). Gender inequality and the gender gap in life expectancy in the European Union. *European Journal of Public Health*, 28, S. 869-872. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cky076>
- Kolip, P., Lange, C., & Finne, E. (2019). Gleichstellung der Geschlechter und Geschlechterunterschiede in der Lebenserwartung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 62, S. 943-951.
<https://doi.org/10.1007/s00103-019-02974-2>
- Kolk, M., & Schnettler, S. (2016). Socioeconomic status and sex ratios at birth in Sweden: No evidence for a Trivers-Willard effect for a wide range of status indicators. *American Journal of Human Biology*, 28, S. 67-73. <https://doi.org/10.1002/ajhb.22756>
- Kotz, D., Böckmann, M., & Kastaun, S. (2018). Nutzung von Tabak und E-Zigaretten sowie Methoden zur Tabakentwöhnung in Deutschland: Eine repräsentative Befragung in 6 Wellen über 12 Monate (die DEBRA-Studie). *Deutsches Ärzteblatt International*, 115, S. 235-242.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2018.0235>

- Krupp, E., & Hielscher, V. (2019). *Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI): Zusammenfassung der Untersuchungsergebnisse*. Bundesministerium für Gesundheit / Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft. Abgerufen am 29. September 2023 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeit_s Begriff_Evaluierung/Evaluationsbericht_18c_SGB_XI.pdf
- Kuntz, B., Waldhauer, J., Zeiher, J., Finger, J. D., & Lampert, T. (2018). Soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, S. 45-63. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-067>
- Lahelma, E. (2010). Health and social stratification. In W. C. Cockerham (Hrsg.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology* (S. 71-96). Wiley-Blackwell.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., & Kroll, L. E. (2018). Messung des sozioökonomischen Status und des subjektiven sozialen Status in KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*, 3, S. 114-133. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-016>
- Lampert, T., Kroll, L. E., & Dunkelberg, A. (2007). Soziale Ungleichheit der Lebenserwartung in Deutschland. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 42, S. 11-18.
- Landesamt für Gesundheit und Soziales. (kein Datum). *Der Schwerbehindertenausweis*. Abgerufen am 7. Februar 2024 von <https://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/schwerbehindertenausweis/>
- Landesbeauftragte für psychische Gesundheit. (kein Datum). *Wohnen und Betreuung*. Abgerufen am 8. April 2024 von <https://www.berlin.de/lb/psychiatrie/versorgungssystem/wohnen-und-betreuung/>
- Landesinstitut für Arbeitsschutz und Arbeitsgestaltung Nordrhein-Westfalen. (2023). *Wie ist bei der Beurteilung von Hitze Arbeitsplätzen nach dem WBGT-Verfahren vorzugehen?* Abgerufen am 31. Januar 2024 von https://www.komnet.nrw.de/_sitetools/dialog/5118
- Lange, C., Manz, K., Rommel, A., & Schienkewitz, A. M. (2016). Alkoholkonsum von Erwachsenen in Deutschland: Riskante Trinkmengen, Folgen und Maßnahmen. *Journal of Health Monitoring*, 1, S. 2-20. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2016-025>
- Leitner, H. B.-O., Oberaigner, W., Mark, M., Brezinka, C., & Siebert, U. (2011). Perinatale Mortalität nach Herkunftsland der Mutter in Tirol 2000-2008. *Gesundheitswesen*, 73, S. 469-476. <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1270501>
- Lindenboom, M., Llena-Nozal, A., & van der Klaauw, B. (2016). Health shocks, disability and work. *Labour Economics*, 43, S. 186-200. <http://dx.doi.org/10.1016/j.labeco.2016.06.010>
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(extra issue), S. 80-94. <https://doi.org/10.2307/2626958>
- Luffey, K., & Freese, J. (2005). Towards some fundamentals of fundamental causality: Socioeconomic status and health in the routine clinic visit for diabetes. *American Journal of Sociology*, 110, S. 1326-1372. <https://doi.org/10.1086/428914>
- Lundborg, P., Lyttkens, C. H., & Nystedt, P. (2016). The effect of schooling on mortality: New evidence from 50,000 Swedish twins. *Demography*, 53, S. 1135-1168. <https://doi.org/10.1007/s13524-016-0489-3>
- Luy, M., & Wegner-Siegmundt, C. (2015). The impact of smoking on gender differences in life expectancy: More heterogenous than often stated. *European Journal of Public Health*, 25, S. 706-710. <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku211>
- Macintyre, H. L., Heaviside, C., Xiaoming, C., & Phalkey, R. (2021). The winter urban heat island: Impacts on cold-related mortality in a highly urbanized European region for present and future climate. *Environment International*, 154, a106530. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106530>
- Martin, W. J. (1955). Vital statistics of the county of London in the years 1901 to 1951. *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 35, S. 727-757. <https://doi.org/10.1136%2Fjch.9.3.126>

- Meade, R. D., Akerman, A. P., Notley, S. R., McGinn, R., ..., G. P., & Kenny, G. P. (2020). Physiological factors characterizing heat-vulnerable older adults: A narrative review. *Environment International*, *144*, a105909. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2020.105909>
- Meer, J., Miller, D. L., & Rosen, H. S. (2003). Exploring the health-wealth nexus. *Journal of Health Economics*, *22*, S. 713-730. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(03\)00059-6](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(03)00059-6)
- Menning, S., & Hoffmann, E. (2009). Funktionale Gesundheit und Pflegebedürftigkeit. In K. Böhm, C. Tesch-Römer, & T. Ziese (Hrsg.), *Gesundheit und Krankheit im Alter* (S. 62-78). Robert Koch-Institut. Abgerufen am 09. November 2023 von https://www.kcgeriatrie.de/fileadmin/Kcgeriatrie/Downloads/gbe_gesundheit_und_krankheit_im_alter_2009.pdf#page=63
- Meyer, M., Wiegand, S., & Schenkel, A. (2020). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2019. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose, & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2020: Gerechtigkeit und Gesundheit* (S. 365-444). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-61524-9_23
- Meyer, M., Wing, L., & Schenkel, A. (2022). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2021. In B. Badura, A. Ducki, M. Meyer, & H. Schröder (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2022: Verantwortung und Gesundheit* (S. 287-368). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-65598-6_19
- Mücke, H.-G., Klasen, J., Schmoll, O., & Szewzyk, R. (2009). *Gesundheitliche Anpassung an den Klimawandel*. Abgerufen am 24. August 2023 von <https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/publikation/long/3753.pdf>
- Mühling, T. (2000). Die berufliche Integration von Schwerbehinderten: Ergebnisse einer Analyse des Mikrozensus 1995. Präsentation auf der 2. Nutzerkonferenz „Forschung mit dem Mikrozensus“, Mannheim, 12./13.10.2000. Abgerufen am 30. August 2023 von https://www.gesis.org/fileadmin/upload/institut/wiss_arbeitsbereiche/gml/Veranstaltungen/2.NK_2000/Papers/text_muehling.pdf
- Mulder-Rathgeber, A. (2008). Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben. In A. Zaiß (Hrsg.), *DRG: Verschlüsseln leicht gemacht* (S. 317-328). Deutscher Ärzteverlag.
- Nagi, M. H., & Stockwell, E. G. (1973). Socioeconomic differentials in mortality by cause of death. *Health Service Reports*, *88*, S. 449-456.
- Neff, W. S. (1938). Socioeconomic status and intelligence: A critical survey. *Psychological Bulletin*, *35*, S. 727-757. <https://doi.org/10.1037/h0055707>
- Occupational Safety and Health Administration. (kein Datum). *Heat Hazard Recognition*. Abgerufen am 31. Januar 2024 von <https://www.osha.gov/heat-exposure/hazards>
- Paffhausen, J. (2013). Anmerkungen zu Abweichungen der Bevölkerungszahl des Zensus 2011 von den bisher ermittelten Einwohnerzahlen für das Land Berlin. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin-Brandenburg*, *7*, S. 30-33.
- Pampel, F. C., Krueger, P. M., & Denney, J. T. (2010). Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annual Review of Sociology*, *36*, S. 349-370. <https://doi.org/10.1146/annurev.soc.012809.102529>
- Pascal, M., Wagner, V., Corso, M., Laaidi, K., Ung, A., & Beaudou, P. (2018). Heat and cold related-mortality in 18 French cities. *Environment International*, *121*, S. 189-198. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.08.049>
- Petkova, E. P., Dimitrova, L. K., Sera, F., & Gasparrini, A. (2021). Mortality attributable to heat and cold among the elderly in Sofia, Bulgaria. *International Journal of Biometeorology*, S. 865-872. <https://doi.org/10.1007/s00484-020-02064-y>
- Phelan, J. C., Link, B. G., Diez-Roux, A., Kawachi, I., & Levin, B. (2004). "Fundamental causes" of social inequalities in mortality: A test of the theory. *Journal of Health and Social Behavior*, *45*, S. 265-285. <https://doi.org/10.1177/002214650404500303>

- Poppe, F., Annuß, R., & Kuhn, J. (2017). Rangfolgen der Lebenserwartung auf Kreisebene: Methodische Artefakte durch Bevölkerungsfortschreibungen. *Bundesgesundheitsblatt*, 60, S. 1422-1428. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2648-0>
- Pridemore, W. A. (2011). Poverty matters: A reassessment of the inequality-homicide relationship in cross-national studies. *British Journal of Criminology*, S. 739-772. <http://doi.org/10.1093/bjc/azr019>
- Rechnungen teils jahrelang unbeglichen. (25. August 2023). *Tagesspiegel*. Abgerufen am 15. Mai 2024 von <https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-wirtschaft/rechnungen-teils-jahrelang-unbeglichen-berliner-bezirksamter-haben-73-millionen-euro-schulden-bei-pflegeheimen-10363876.html>
- Rennert, D., Kliner, K., & Richter, M. (2022). Arbeitsunfähigkeit. In F. Knieps, & H. Pfaff (Hrsg.), *BKK Gesundheitsreport 2022: Pflegefall Pflege?* (S. 47-68). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft. Abgerufen am 26. 10 2023 von https://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/user_upload/BKK_Gesundheitsreport_2022.pdf
- Robert Koch-Institut. (2023a). *Neubestimmung der Prädiktionsintervalle zur Schätzung der hitzebedingten Mortalität, Stand 29.06.2023*. Abgerufen am 22. August 2023 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/42/Art_01.html
- Robert Koch-Institut. (2023b). Geschätzte Anzahl hitzebedingter Sterbefälle in Deutschland 2012 bis 2022. Abgerufen am 22. August 2023 von https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2023/Ausgaben/26_23_Anhang1.xlsx?__blob=publicationFile
- Robert Koch Institut. (15. Juni 2023c). *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/H/Herz_Kreislauf_Erkrankungen/Herz_Kreislauf_Erkrankungen_node.html
- Robert Koch Institut. (14. Dezember 2023d). *Prävention*. Abgerufen am 3. Juni 2024 von https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/P/Praevention/Praevention_node.html
- Robinson, W. S. (1950). Ecological correlations and the behavior of individuals. *American Sociological Review*, 15, S. 351-357. <https://doi.org/10.2307/2087176>
- Rothgang, H., & Müller, R. (2019). *Pflegereport 2019: Ambulantisierung der Pflege*. Barmer. Abgerufen am 9. Oktober 2023 von <https://www.barmer.de/resource/blob/1028584/a68d16384f26a09f598f05c9be4ca76a/barmer-pflegereport-2019-band-20-bifg-data.pdf>
- Rothgang, H., Schmid, A., Maaß, L., Preuß, B., & Wagner, C. (2019). *Wissenschaftliche Evaluation der Umstellung des Verfahrens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit (§ 18c Abs. 2 SGB XI): Abschlussbericht: Statistische Untersuchung (Los 4). Überarbeitete Fassung, 17.12.2019*. Bundesministerium für Gesundheit / Universität Bremen, Socium. Abgerufen am 29. September 2023 von https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/P/Pflegebeduerftigkeitsbegriff_Evaluierung/Abschlussbericht_Los_4_Evaluation_18c_SGB_XI.pdf
- Sachverständigenrat für Umweltfragen. (2023). *Umwelt und Gesundheit konsequent zusammendenken*. Sachverständigenrat für Umweltfragen. Abgerufen am 27. März 2024 von https://www.umweltrat.de/SharedDocs/Downloads/DE/02_Sondergutachten/2020_2024/2023_06_Umwelt_und_Gesundheit_zusammendenken_KF.pdf?__blob=publicationFile&v=3
- Sariaslan, A., Larsson, H., D'Onofrio, B., Långström, N., Fazel, S., & Lichtenstein, P. (2015). Does [sic] population density and neighborhood deprivation predict schizophrenia? A nationwide Swedish family-based study of 2.4 million individuals. *Schizophrenia Bulletin*, 41, S. 494-502. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu105>
- Scholz, R., & Kreyenfeld, M. (2016). The register-based census in Germany: Historical context and relevance for population research. *Comparative Population Studies*, 41, S. 175-204. <https://doi.org/10.12765/CPoS-2016-08en>
- Schönrrath, F., & Messrogli, D. (März 2022). *Herzinsuffizienz: Symptome, Ursachen und Therapie*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von <https://www.dhzb.de/ratgeber/herzinsuffizienz>

- Schumann, M., Marschall, J., Hildebrandt, S., & Nolting, H.-D. (2022). *Gesundheitsreport 2022: Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten: Risiko Psyche: Wie Depressionen, Ängste und Stress das Herz belasten*. DAK-Gesundheit. Abgerufen am 1. Dezember 2023 von <https://www.dak.de/dak/download/report-2548214.pdf>
- Schwarz, S. (26. Oktober 2023). Wenn arme Patienten sterben: Berliner Pflegedienste bleiben auf Kosten sitzen – weil Ämter zu langsam sind. *Tagesspiegel*. Abgerufen am 15. Mai 2024 von <https://www.tagesspiegel.de/berlin/berliner-wirtschaft/wenn-arme-patienten-sterben-berliner-pflegedienste-bleiben-auf-kosten-sitzen--weil-amter-zu-langsam-sind-10687048.html>
- Schwinger, A., & Tsiasioti, C. (2018). Pflegebedürftigkeit in Deutschland. In K. Jacobs, A. Kuhlmeier, S. Greß, J. Klauber, & A. Schwinger (Hrsg.), *Pflege-Report 2018* (S. 173-204). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-56822-4_16
- Semenza, J. C., Rubin, C. H., Falter, K. H., Selanikio, J. D., Flanders, D., Howe, H. L., & Wilhelm, J. L. (1996). Heat-related deaths during the July 1995 heat wave in Chicago. *New England Journal of Medicine*, 335, S. 84-90. <https://doi.org/10.1056/NEJM199607113350203>
- Senatskanzlei Berlin. (kein Datum a). *Hilfe bei drohender oder bereits eingetretener Wohnungslosigkeit*. Abgerufen am 8. April 2024 von <https://service.berlin.de/dienstleistung/324485/>
- Senatskanzlei Berlin. (kein Datum b). *Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten*. Abgerufen am 9. April 2024 von <https://service.berlin.de/dienstleistung/326121/>
- Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. (2021). *Krankenhausplan 2020 des Landes Berlin*. Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung. Abgerufen am 10. Mai 2024 von https://www.berlin.de/sen/gesundheitswesen/medizinische-versorgung/stationaere-versorgung/krankenhausplan/krankenhausplan_2020.pdf?ts=1705017668
- Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt. (kein Datum a). *Straßenverkehrsbehörden der Bezirke*. Abgerufen am 16. Mai 2024 von <https://www.berlin.de/sen/uvk/mobilitaet-und-verkehr/verkehrsmanagement/aufgaben-der-behoerden/#bezirke>
- Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt. (kein Datum b). *Übergeordnetes Straßennetz von Berlin*. Abgerufen am 16. Mai 2024 von <https://www.berlin.de/sen/uvk/mobilitaet-und-verkehr/verkehrsplanung/strassen-und-kfz-verkehr/uebergeordnetes-strassennetz/>
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. (2022). *Erläuterungen zu den Indikatoren und Indizes zum MSS 2021 – „Indikatorenblätter“: Langfassung, 3. Fortschreibung, Stand: 29.07.2022*. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, I A 34. Abgerufen am 11. Januar 2024 von https://www.berlin.de/sen/sbw/_assets/stadt-daten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung/bericht-2021/mss_2021_indikatorenheft_fortschreibung_langfassung.pdf
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen. (kein Datum). *Daten zum Bericht 2021 (die neuen LOR): Tabellen zu den Index-Indikatoren und Kontext-Indikatoren auf Ebene der Planungsräume (542 PLR), der Bezirksregionen (143 BZR) und der Bezirke (12), Stand der LOR-Ebenen: 12/2021*. Abgerufen am 11. Januar 2024 von <https://www.berlin.de/sen/sbw/stadt-daten/stadtwissen/monitoring-soziale-stadtentwicklung/bericht-2021/daten/>
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022). *Bevölkerungsprognose für Berlin und die Bezirke 2021-2040: Gesamtbericht*. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, Ref. I A – Stadtentwicklungsplanung. Abgerufen am 23. August 2023 von https://www.berlin.de/sen/sbw/_assets/stadt-daten/stadtwissen/bevoelkerungsprognose-2021-2040/bericht_bevoelkerungsprognose_2021-2040.pdf?ts=1673875842
- Senatsverwaltung für Stadtentwicklung und Wohnen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Referat 41B, RegioKontext GmbH, & Dr. Paul Hebes – Wissensbasierte Planung. (2020). *Dokumentation zur Modifikation der Lebensweltlich orientierten Räume (LOR)*. Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen, Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, RegioKontext GmbH, Dr. Paul Hebes – Wissensbasierte Planung. Abgerufen am 23. August 2023 von https://www.berlin.de/sen/sbw/_assets/stadt-daten/stadtwissen/lebensweltlich-orientierte-raeume/dokumentation_zur_modifikation_lor_2020.pdf?ts=1665566397

- Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz, Senatsverwaltung für Stadtentwicklung, Bauen und Wohnen & Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. (2022). *Die umweltgerechte Stadt: Umweltgerechtigkeitsatlas, Aktualisierung 2021/22*. Senatsverwaltung für Umwelt, Mobilität, Verbraucher- und Klimaschutz. Abgerufen am 5. Februar 2024 von https://www.berlin.de/sen/uvk/_assets/umwelt/umweltgerechtigkeit/umweltgerechtigkeitsatlas-broschuere.pdf
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. (2020/2023). *Gestorbene im ersten Lebensjahr in Berlin 1994 - 2021 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken und in Deutschland 1996 - 2020 (jährlich) nach Bundesländern - absolut und je 1.000 Lebendgeborene*. Abgerufen am 26. Januar 2024 von <http://www.gsi-berlin.info?info=TG0800354114202330.xls>
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. (2021/2023). *Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 1993 - 2021 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern*. Abgerufen am 16. Januar 2024 von <http://www.gsi-berlin.info?info=TG0800310123202328.xls>
- Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit und Pflege. (2023). *Datenreport 2023: Pflege in Berlin*. Abgerufen am 20. September 2023 von <https://gsi-berlin.info/Search/Search/Query?CBFest=Kontext&kontext=Pflegeindikatoren%202023&sort=2>
- Sheps, C., & Watkins, J. H. (1947). Mortality in the socio-economic districts of New Haven. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 20, S. 51-80.
- Shirakura, K., & Vestweber, D. (2022). *Neuer Mechanismus schützt gegen Atherosklerose*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von Max-Planck-Gesellschaft: https://www.mpg.de/19725320/mpi-muenster_jb_2022
- Silcocks, P. B., Jenner, D. A., & Reza, R. (2001). Life expectancy as a summary of mortality in a population: Statistical considerations and suitability for use by health authorities. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, S. 38-43. <https://doi.org/10.1136/jech.55.1.38>
- Sims, M. V. (1928). The socio-economic status of three school populations. *Journal of Educational Sociology*, 2, S. 83-91. <https://doi.org/10.2307/2961864>
- Sozialverband VdK Deutschland. (2. November 2023). *Alles zum Schwerbehindertenausweis*. Abgerufen am 7. Februar 2024 von <https://www.vdk.de/aktuelles/aktuelle-meldungen/artikel/schwerbehindertenausweis-merkzeichen-behinderung-antrag/>
- Stadtentwicklungsamt Pankow. (2021). *Mobilitätsbericht Berlin Pankow 2020: Der Mensch im Fokus der Verkehrsplanung*. Stadtentwicklungsamt Pankow. Abgerufen am 14. Mai 2024 von https://www.berlin.de/ba-pankow/politik-und-verwaltung/aemter/stadtentwicklungsamt/mobilbericht/mobiltaetsbericht_pankow_2020.pdf
- Statistik Austria. (2022). *Deutlich mehr Verkehrsunfälle an Hitzetagen: Bei Temperaturen über 30 Grad erhöht sich die Unachtsamkeit*. Abgerufen am 22. August 2023 von <https://www.statistik.at/fileadmin/announcement/2022/06/20220627UnfaelleHitzetage.pdf>
- Statistische Ämter des Bundes und der Länder. (kein Datum). *Pflegestatistik: Stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime) am 15.12.2021: Erläuterungen zum Fragebogen*. Abgerufen am 15. Mai 2024 von https://statistik.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesaeamter/StaLa/startseite/Erhebungen/Erhebungsunterlagen_FormularService/Soziales_Gesundheitswesen/Gesundheit/Pflege/Formular_Pflegestatistik-stationaere-Pflegeeinrichtungen-15122021-PFS.pdf
- Statistisches Bundesamt. (2016-2024). *Ausländische Bevölkerung - Bundesländer*. Abgerufen am 21. Mai 2024 von <https://www.statistikportal.de/de/bevoelkerung/auslaendische-bevoelkerung>
- Statistisches Bundesamt. (2017). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Natürliche Bevölkerungsbewegung: 2015*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 14. März 2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Geburten/Publicationen/Downloads-Geburten/bevoelkerungsbewegung-2010110157004.pdf?__blob=publicationFile

- Statistisches Bundesamt. (2020a). *Qualitätsbericht: Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten, 2018*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 21. August 2023 von https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/diagnose-krankenhauspatienten.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2020b). *Pflegestatistik: Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung: Deutschlandergebnisse: 2019*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 20. September 2023 von https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00074028/5224001199004.pdf
- Statistisches Bundesamt. (2020c). *Qualitätsbericht: Statistik über Pflegeeinrichtungen: Ambulante Pflegeeinrichtungen (Pflegedienste) und stationäre Pflegeeinrichtungen (Pflegeheime)*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 15. Mai 2024 von https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/pflegeeinrichtungen-ambulant-stationaer.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2021). *Öffentliche Sozialleistungen: Lebenslagen der behinderten Menschen: Ergebnis des Mikrozensus*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 7. Februar 2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/lebenslagen-behinderter-menschen-5122123199004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2022a). *Qualitätsbericht: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2021*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 19. Oktober 2023 von https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Gesundheit/schwerbehinderte.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2022b). *Kurzbericht: Statistik der schwerbehinderten Menschen 2021*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 30. April 2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Behinderte-Menschen/Publikationen/Downloads-Behinderte-Menschen/sozial-schwerbehinderte-kb-5227101219005.xlsx?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2023a). *Sterbefälle 2022*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 14. März 2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/Publikationen/Downloads-Sterbefaelle/statistischer-bericht-sterbefaelle-5126105227005.xlsx?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2023b). *Qualitätsbericht: Fortschreibung des Bevölkerungsstandes (Bevölkerungsfortschreibung) 2021*. Statistisches Bundesamt. Abgerufen am 4. Januar 2024 von https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/bevoelkerungsfortschreibung-2021.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2023c). *Lebenserwartung bei Geburt in Deutschland*. Abgerufen am 29. Juli 2023 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Sterbefaelle-Lebenserwartung/_inhalt.html#sprg229094
- Statistisches Bundesamt. (2023d). *Pflegebedürftige: Deutschland, Stichtag, Geschlecht, Altersgruppen, Art der Versorgung von Pflegebedürftigen*. Abgerufen am 21. März 2024 von <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online?sequenz=tabelleErgebnis&selectionname=22421-0001#abreadcrumb>
- Statistisches Bundesamt. (15. Dezember 2023e). *Diagnosen der Krankenhauspatienten 2022*. Abgerufen am 21. Mai 2024 von https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Krankenhaeuser/Publikationen/Downloads-Krankenhaeuser/statistischer-bericht-diagnosedaten-5231301227015.xlsx?__blob=publicationFile
- Statistisches Landesamt Rheinland-Pfalz. (2020). *Statistische Berichte: Periodensterbetafel 2017/19. A II - j/19, Kennziffer: A2033 201900*. Abgerufen am 12. Oktober 2023 von https://www.statistik.rlp.de/fileadmin/dokumente/berichte/A/2033/A2033_201900_1j_L.pdf

- Stiftung Deutsche Schlaganfall-Hilfe. (kein Datum). *Hirnininfarkt - Wenn ein Gefäß verschlossen ist*. Abgerufen am 22. Mai 2024 von <https://www.schlaganfall-hilfe.de/de/verstehen-vermeiden/schlaganfall-ursachen/hirnininfarkt-schlaganfall-durch-gefaessverschluss>
- Straff, W. M.-G., Baeker, R., Baldermann, C., Braubach, A., ..., & Stutzinger-Schwarz, N. (2017). *Handlungsempfehlungen für die Erstellung von Hitzeaktionsplänen zum Schutz der menschlichen Gesundheit. Version 1.0*. Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz, Bau und Reaktorsicherheit. Abgerufen am 22. August 2023 von https://www.bmu.de/fileadmin/Daten_BMU/Download_PDF/Klimaschutz/hap_handlungsempfehlungen_bf.pdf
- Techniker Krankenkasse. (2020). *Gesundheitsreport 2020 Arbeitsunfähigkeiten*. Techniker Krankenkasse. Abgerufen am 26. 10 2023 von <https://www.tk.de/resource/blob/2081662/46b8286c8e8698f5856d8d6814d87c37/gesundheitsreport-au-2020-data.pdf>
- Techniker Krankenkasse. (2022). *Gesundheitsreport 2022 Arbeitsunfähigkeiten*. Techniker Krankenkasse. Abgerufen am 26. 10 2023 von <https://www.tk.de/resource/blob/2125010/c9d3ed46b77de98c4918b97d6892b207/gesundheitsreport-au-2022-data.pdf>
- Tezcan-Güntekin, H., Yilmaz-Aslan, Y., & Erdogan, I. Ö. (kein Datum). *Abschlussbericht für das Projekt Selbsthilfe Aktiv - (Inter-)Aktive Selbsthilfe für türkeistämmige pflegende Angehörige demenzerkrankter Menschen*. Alice Salomon Hochschule. Abgerufen am 26. September 2023 von https://deutsche-alzheimer.de/fileadmin/Alz/pdf/Forschungsfoerderung/2016_Abschlussbericht_Selbsthilfe_Aktiv_Tezcan_Yilmaz_OEzer.pdf
- Thorn, J., Kuhnert, R., Born, S., & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, S. 72-79. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-057>
- Thorndike, E. L. (1939). On the fallacy of imputing the correlations found for groups to the individuals or smaller groups composing them. *American Journal of Psychology*, 52, S. 122-124. <https://doi.org/10.2307/1416673>
- Thum, M., Delkic, E., Kemnitz, A., Kluge, J., Marquardt, G., ..., & Zwerschke, P. (2015). *Auswirkungen des demografischen Wandels im Einwanderungsland Deutschland*. Friedrich-Ebert-Stiftung. Abgerufen am 23. September 2023 von <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/11612.pdf>
- Umweltbundesamt. (9. Juni 2022). *Wie werden städtische Quartiere klimaresilient und klimaneutral?* Abgerufen am 5. April 2024 von <https://www.umweltbundesamt.de/themen/wie-werden-staedtische-quartiere-klimaresilient>
- Umweltbundesamt. (17. Januar 2024). *Luftdaten: Jahresbilanzen*. Abgerufen am 5. Februar 2024 von <https://www.umweltbundesamt.de/daten/luft/luftdaten/jahresbilanzen/eJxrWpScv9BOUWXqEiMDQ3MAMNYFuw==>
- Umweltbundesamt. (kein Datum). *Häufig gestellte Fragen zum Thema Stickstoffoxide (NOx) - und Antworten darauf*. Umweltbundesamt. Abgerufen am 28. März 2024 von https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/pdfs/faq_nox.pdf
- Unabhängiges Institut für Umweltfragen & BUND Landesverband Berlin. (2024). *Praxisleitfaden Umweltgerechtigkeit in Berliner Quartieren: Vernetzt und partizipativ Zukunft gestalten*. Senatsverwaltung für Mobilität, Verkehr, Klimaschutz und Umwelt. Abgerufen am 27. März 2024 von <https://www.ufu.de/downloads/praxisleitfaden-umweltgerechtigkeit-in-berliner-quartieren/>
- Vuković, D., Bjegović, V., & Vuković, G. (2008). Prevalence of chronic diseases according to socioeconomic status measured by wealth index: Health survey in Serbia. *Croatian Medical Journal*, 49, S. 832-841. <https://doi.org/10.3325/cmj.2008.49.832>

- Weick, S. (2006). Starke Einbußen des subjektiven Wohlbefindens bei Hilfe- oder Pflegebedürftigkeit: Verlaufsanalysen mit dem Sozio-ökonomischen Panel. *Informationsdienst Soziale Indikatoren*, 35, S. 12-15. <https://doi.org/10.15464/isi.35.2006.12-15>
- Weltgesundheitsorganisation. (2019). *Gesundheitshinweise zur Prävention hitzebedingter Gesundheitsschäden: Neue und aktualisierte Hinweise für unterschiedliche Zielgruppen*. Weltgesundheitsorganisation. Abgerufen am 12. September 2023 von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341625/WHO-EURO-2021-2510-42266-58732-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Wiedemann, A., Wegner-Siegmundt, C., & Luy, M. (2015). Ursachen und Trends der Geschlechterdifferenz in der Lebenserwartung in Deutschland. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 91, S. 494-498. <https://doi.org/10.3238/zfa.2015.0494-0498>
- Winklmayr, C., Muthers, S., Niemann, H., Mücke, H.-G., & an der Heiden, M. (2022). Hitzebedingte Mortalität in Deutschland zwischen 1992 und 2021. *Deutsches Ärzteblatt International*, 119, S. 451-457. <https://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0202>
- Wooldridge, J. M. (2009). *Introductory Econometrics: A Modern Approach* (4. Aufl.). South-Western.
- World Health Organization. (2018). *Environmental noise guidelines for the European Region*. World Health Organization Regional Office for Europe. Abgerufen am 30. Januar 2024 von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279952/9789289053563-eng.pdf>
- World Health Organization. (2021). *WHO global air quality guidelines: Particulate matter (PM_{2.5} and PM₁₀), ozone, nitrogen dioxide, sulfur dioxide and carbon monoxide*. World Health Organization. Abgerufen am 5. Februar 2024 von <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/345329/9789240034228-eng.pdf>
- Zeiber, J., Häßler, K., Finger, J., & Hermann, S. (2022). *Gesundheits- und Sozialstrukturatlas*. Senatsverwaltung für Wissenschaft, Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin. Abgerufen am 28. Juli 2023 von <https://www.berlin.de/sen/gesundheit/service/gesundheitsberichterstattung/gesundheits-und-sozialstruktur/>
- zur Nieden, F. (2020). Säuglingssterblichkeit in Deutschland nach 1990. *WISTA - Wirtschaft und Statistik*, 72, S. 61-75.