



Basisbericht 2014/2015

Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Basisbericht

Zeichenerklärung

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

Abweichungen bei der Summenbildung beruhen auf Abrundungen der Zahlen.

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

ISSN 1617-9242

Herausgeber: Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin
Presse- und Öffentlichkeitsarbeit

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

Fachliche Auskünfte und Bezug:

Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

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

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

Redaktionsschluss: Oktober 2016

Schutzgebühr: 15,- Euro (zuzüglich Porto)

Homepage: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/>

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

Verzeichnis der am Bericht Beteiligten

Autorinnen und Autoren:	<p>Bettina Blankenburg, Britta Brandt, Aileen Feistkorn, Gudrun Hanke, Kathleen Häßler, Dr. Sabine Hermann, Ulla Kaschuba, Anita Kis, Detlef Kolbow, Gabriele Lukas, Silke May, Dr. Sylke Oberwöhrmann, Margit Rother, Sabrina Schönborn Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p> <p>Dr. Ellen Harnisch (Kapitel 4.2) Kassenärztliche Vereinigung Berlin</p> <p>Vanessa Hönighaus, Dr. Helmut Kesler (Kapitel 4.11) Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin, Zahnärztekammer Berlin</p> <p>Susanna Rinne-Wolf, Jitka Nickel, Simone Logar (Kapitel 4.3) Berliner Hebammenverband e.V.</p> <p>Daniela Acquarone (Kapitel 4.5) Giftnotruf der Charité - Universitätsmedizin Berlin</p> <p>Dr. med. Corinna Weber-Schöndorfer, Prof. Dr. med. Christof Schaefer (Kapitel 4.6) Pharmakovigilanz- und Beratungszentrums für Embryonaltoxikologie – Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie (Charité – Universitätsmedizin Berlin)</p> <p>Andrea Möllmann-Bardak, Lisa Rösch (Kapitel 4.1) Gesundheit Berlin-Brandenburg, Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin</p> <p>Angelika Mindel-Hennies, Elisabeth Müller-Heck (Kapitel 4.10) Projekt Babylotse (Koordination/Organisation/QS) Projektleitung: OÄ Dr. Christine Klapp, Prof. Dr. Wolfgang Henrich</p> <p>Susanne Adib, Irene Knaut, Lukas Müller, Sylvia Neubelt, Silke Riemer (Kapitel 4.12) Zahnärztliche Dienste der Berliner Bezirke Mitte, Steglitz-Zehlendorf, Spandau, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick</p> <p>Dr. Matthias Brockstedt, Renate Agnes Dümchen, Ilka Schütte, Waltraud Klemm, Eva-Renate Wagner (Kapitel 4.9) Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Berliner Bezirke Mitte, Steglitz-Zehlendorf, Lichtenberg, Charlottenburg-Wilmersdorf und Spandau</p>
Redaktionelle Bearbeitung:	<p>Kathleen Häßler, Sabrina Schönborn Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>
Technische Umsetzung:	<p>Sven Brodersen Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales, Berlin</p>

Vorbemerkungen

Basisberichte sind neben Spezialberichten, Statistischen Kurzinformationen und Diskussionspapieren eine etablierte Berichtsform der Berliner Gesundheitsberichterstattung (GBE). Der Basisbericht orientiert sich am Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Bundesländer dient. Standard ist hierbei die geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich. Es wird ein Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt gegeben, welcher auf ein Schwerpunktthema zugeschnitten ist. Informationssuchenden stehen Daten zu den Indikatoren entsprechend dem Indikatorensetz zur Verfügung, darüber hinaus sind diese mit berlinspezifischen Informationen ergänzt.

Inhaltlicher Schwerpunkt

Die im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel derzeit diskutierte Alterung der Bevölkerung darf den Blick auf die anderen Altersgruppen nicht verstellen. Daher liegt der Schwerpunkt des aktuellen Basisberichts auf der Betrachtung des Schwangerschafts- und Geburtsgeschehens sowie dem ersten Lebensjahr. Im Fokus stehen die gesundheitliche und soziale Situation von Familien, Schwangeren und deren Säuglinge, entsprechende Versorgungsangebote und ihre Inanspruchnahme. Veränderungen über die Zeit werden gleichermaßen in die Betrachtung einbezogen wie altersspezifische, soziale und regionale Unterschiede.

In Berlin werden jährlich über 35.000 Kinder lebend geboren. Somit ist Berlin neben Hamburg das einzige Bundesland, das seit Jahren einen Geburtenüberschuss zu verzeichnen hat. Diese positiven Tendenzen gilt es langfristig zu unterstützen.

Kinder und Säuglinge gelten als die gesündeste Population. Von besonderem Interesse sind daher vulnerable Gruppen, bei denen es infolge einer mangelnden Wahrnehmung der zur Verfügung stehenden präventiven und gesundheitsbezogenen Rahmenbedingungen zu einer negativen Risikokonstellation von Mutter und Kind kommen kann. Durch ein positives Gesundheits- und Sozialverhalten sowie der regelmäßigen Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen können mögliche Risiken für die spätere Geburt und das Wohlergehen von Mutter und Kind im Vorfeld identifiziert und vermieden werden. Die werdende Mutter kann bereits in der frühen Schwangerschaft einen erheblichen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Neugeborenen nehmen.

Bestandteil des bundesweiten Gesundheitsziels „Gesund aufwachsen“ ist auch der gesellschaftlich hoch konsentrierte Schutz der Lebensphase „Schwangerschaft – Geburt – Familiengründung“. Die Konzentration des aktuellen Basisberichts auf dieses Thema unterstützt daher die Umsetzung der Gesundheitsziele für Berliner Kinder.

Im Rahmen des zwischen den Bundesländern abgestimmten Gesundheitsmonitorings stellt die Berliner Gesundheitsberichterstattung deshalb kontinuierlich Daten zum Schwangerschafts- und Geburtsgeschehen, zur Mortalität und Morbidität von Müttern und Säuglingen sowie zur sozialen Lage von Familien zur Verfügung (vgl. auch www.gsi-berlin.info).

Eine Besonderheit des aktuellen Basisberichts stellt der große Anteil von Textbeiträgen externer Institutionen dar, in denen beispielsweise auf die ambulante und stationäre Versorgungsstruktur und die Inanspruchnahme von Angeboten eingegangen wird, teilweise anhand von Fallbeispielen aus der Praxis belegt. Weiterhin bietet sich dem Leser dadurch die Betrachtung des Themas aus dem Blickwinkel der eingebundenen Akteure. Bedingt durch die gesetzliche Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes zum 01.01.2014 wurden die für das Schwerpunktthema zur Verfügung stehenden Daten zu den Geburten

bzw. Geborenen letztmalig für das Jahr 2013 auf Bezirksebene bundesstatistisch erfasst. Zwar stehen Bezirksdaten aus dem Einwohnerregister zur Verfügung, diese weichen jedoch von den Zahlen der Bevölkerungsstatistik ab und sind daher wenig aussagekräftig. Daher ist ein regionaler Vergleich innerhalb Berlins zuletzt nur noch für das Jahr 2013 möglich. Alle weiteren Angaben beziehen sich zum größten Teil auf Daten aus dem Jahr 2014, in seltenen Fällen auch aus 2015.

Der Bericht lässt sich thematisch in 5 Kapitel untergliedern, denen für einen ersten inhaltlichen Überblick eine Zusammenfassung der einzelnen Kapitel vorangestellt ist. Das sich anschließende zweite Kapitel befasst sich mit der gesundheitlichen Lage von Mutter und Kind während der Schwangerschaft, dem Geburtsgeschehen sowie dem ersten Lebensjahr. Dabei wird neben Informationen zum Bevölkerungsstand und deren Entwicklung auch auf die Mortalität und Morbidität von Mutter und Kind eingegangen. Weiterhin stehen die Geburten und Geburtsmodi sowie Schwangerschaftsabbrüche und Eckdaten zur ambulanten und stationären Versorgung im Mittelpunkt der Betrachtung. Im dritten Kapitel des aktuellen Basisberichts wird die soziale Lage von Familien widergespiegelt. Dabei werden die unterschiedlichen Familienformen, die Erwerbs- und Einkommenssituation von Müttern und Vätern sowie ausgewählte Leistungen nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz näher beschrieben. Das vierte bis sechste Kapitel des Berichts setzt sich aus einzelnen Textbeiträgen externer Institutionen aus dem Gesundheitswesen zusammen. Darin wird neben der geburtshilflichen und frühkindlichen Versorgung und Inanspruchnahme auch auf den Öffentlichen Gesundheitsdienst und das Berufsbild der Hebammen und Entbindungspfleger eingegangen.

Verfügbarkeit im Internet

Seit 2008 steht im Internet neben den traditionellen Gesundheitsberichten auch das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) mit knapp 14.000 Dokumenten zur Verfügung, die täglich von Informationssuchenden aus unterschiedlichen Bereichen - Verbänden, Landes- und Bundeseinrichtungen, Verwaltungen, Politik, Universitäten - abgerufen werden. Die Ergebnisse der Berliner Gesundheitsberichterstattung können - überwiegend als Excel-Dateien - von der Seite des Gesundheits- und Sozialinformationssystems unter www.gsi-berlin.info heruntergeladen werden.

Im GSI können mit Hilfe umfangreicher Suchmöglichkeiten schnell und gezielt die von den Nutzerinnen und Nutzern gewünschten detaillierten Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung recherchiert und unkompliziert weiterbearbeitet werden. Diesen Vorteil und die inzwischen große Akzeptanz des Systems nutzen wir, um den Umfang des Basisberichts nicht weiter anwachsen zu lassen. Der Basisbericht 2014/2015 enthält als Druckexemplar bzw. als pdf-Datei nur wenige Tabellen, auf die im Text direkt Bezug genommen wird. Der vollständige Tabellensatz wird ausschließlich im nutzerfreundlichen Excel-Format im GSI veröffentlicht. Mit dem Aufbau eines Gesundheitsmonitorings werden die Indikatoren des Indikatorensatzes der Länder unabhängig von der Veröffentlichung des Basisberichts regelmäßig aktualisiert und dem Nutzer im GSI zur Verfügung gestellt. Gleiches gilt für zusätzliche berlinerspezifische Tabellen.

Der Basisbericht enthält im Anhang ein Verzeichnis aller im GSI zur Verfügung stehenden Indikatoren und Tabellen der Gesundheitsberichterstattung Berlin. In einzelnen Textbeiträgen wird auf die jeweils zugehörigen Tabellen verwiesen.

Die gesamten Daten können im GSI über die erweiterte Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp mit folgenden Einstellungen abgerufen werden:

- Kontext: „Gesundheitsmonitoring 2016“ (oder ältere Jahrgänge) auswählen.
- Art: „Tabelle“ auswählen.

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

- Kontext: „Gesundheitsmonitoring 2016“ (oder ältere Jahrgänge) auswählen.
- Suchtext: das Wort „Tabelle“ und die entsprechende Nummer (z. B. Tabelle 2.1-1) eingeben.
- Such-Modus: „alle Wörter, Suche nur im Kommentar“ auswählen.
- Indikator: Tabellenummer entspricht der Indikatorennummer aus dem Indikatorensatz der Länder.

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

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

Der gesamte Basisbericht als pdf-Datei kann im GSI über die erweiterte Suche http://www.gsi-berlin.info/gsi_suchen.asp mit folgenden Einstellungen aufgerufen werden:

- Kontext: „Basisbericht GBE Berlin 2014/2015“.

Kurzes Inhaltsverzeichnis für die eiligen Leserinnen und Leser

Vorbemerkungen	5
1 Zusammenfassung der Kapitel	17
2 Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr	27
3 Soziale Lage der Familien	55
4 Geburtshilfliche und frühkindliche Versorgung und Inanspruchnahme	73
5 Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	139
6 Berufe und Ausbildung	141
Anhang	147

Ausführliches Inhaltsverzeichnis

Vorbemerkungen	5
Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen im Land Berlin	15
1 Zusammenfassung der Kapitel	17
1.1 Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr	17
1.2 Soziale Lage der Familien	18
1.3 Geburtshilfliche und frühkindliche Versorgung und Inanspruchnahme	20
1.4 Leistungsausgaben	25
1.5 Berufe und Ausbildung	25
2 Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr	27
2.1 Bevölkerung und abgeleitete bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen	27
2.1.1 Bevölkerungsstand und Entwicklung	27
Geburtenziffern	29
Geburtenüberschuss und Geburtendefizit	30
Lebend- und Totgeborene	32
Geburtenfolge und Alter der Mütter	33
Geburtsgewicht	34
2.1.2 Mortalität	39
Säuglingssterblichkeit	39
Perinatalsterblichkeit	42
Müttersterblichkeit	45
Todesursachenspezifische Sterblichkeit im Säuglingsalter	45
2.2 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett	46
2.2.1 Schwangerschaftsabbrüche	46
2.2.2 Geburten und Geburtsmodus	48
2.3 Geburtshilfliche Versorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im ersten Lebensjahr	50
2.3.1 Ambulante Versorgung	50
2.3.2 Stationäre Versorgung	51
3 Soziale Lage der Familien	55
3.1 Familienformen	55
3.2 Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern	58
3.2.1 Inanspruchnahme der Elternzeit	60
3.3 Einkommenssituation von Müttern und Vätern	61
3.3.1 Armutsgefährdungsquoten	63

3.4 Ausgewählte Leistungen nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz	64
3.4.1 Leistungen nach 3. und 4. Kapitel SGB XII	64
3.4.2 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen (5. bis 7. Kapitel SGB XII)	66
3.4.3 Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz	69
3.4.4 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem AsylbLG	70
4 Geburtshilfliche und frühkindliche Versorgung und Inanspruchnahme	73
4.1 Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin	73
4.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Phase rund um die Geburt - Allen Kindern und ihren Familien in Berlin einen guten Start ins Leben ermöglichen	73
4.1.2 Präventionsketten - integrierte bezirkliche Strategien - Gesundes Aufwachsen in Berlin von Anfang an strategisch angehen	74
4.1.3 Produkte der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit	75
Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin	75
Baby-Berlin App und Fahrplan „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“	75
4.2 Geburtshilfliche und pädiatrische ambulante Versorgung	76
4.2.1 Ambulante Versorgung durch Kinderärzte und -ärztinnen sowie Gynäkologen und Gynäkologinnen	76
Spezielle Leistungen der Gynäkologen schwangerschafts- und geburtshilflicher Art	77
Spezielle Leistungen der Kinderärztinnen und -ärzte im ersten Lebensjahr	79
Impfen von Säuglingen	83
4.3 Berliner Hebammenverband e.V.	84
4.3.1 Geburtshilfliche Versorgung in Berlin - Bereich Hebammenhilfe	85
Hebammenversorgung im Land Berlin	85
Freie Wahl des Geburtsortes - Herausforderungen	86
4.3.2 Besondere Situationen in der Hebammenarbeit	87
Frauen mit Migrationshintergrund	87
Flüchtlingsfamilien	88
4.4 Perinatal- und Neonatalversorgung in Berliner Krankenhäusern	89
4.5 Giftnotruf Berlin der Charité – Universitätsmedizin Berlin	90
4.5.1 Art und Möglichkeit der Expositionen sind vom Lebensalter abhängig	91
Besondere Expositionsrisiken und Expositionsumstände im 1. Lebensjahr	91
4.6 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie – Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie (Charité – Universitätsmedizin Berlin)	94
4.6.1 Historie und Aufgaben	94
4.6.2 Beratung und Entwicklung der Beratungszahlen	95
4.6.3 Datenerhebung und -auswertung	98
4.6.4 Follow-Up	99
4.6.5 Internetprojekt www.embryotox.de	100
4.6.6 Fazit und Ausblick	101
4.7 Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes	101
4.8 Einlegeblatt für den Mutterpass „Wir sind für Dich da“	102

4.9 Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Berlin - als Akteur rund um die Geburt	103
4.9.1 Der Ersthausbesuch als frühe, persönliche Beziehung zwischen professionellem Berater und Eltern als Grundlage für die Annahme akuter oder späterer Hilfen in kritischen Lebenslagen	103
4.9.2 Ersthausbesuche bei Familien mit Säuglingen - eine Schwerpunktaufgabe der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in Berlin im Kontext Früher Hilfen und Kinderschutz	104
4.9.3 Plakataktion des KJGD „Willkommen im Leben“	105
4.9.4 (Präventiver) Kinderschutz	106
„Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015“	108
Frühe Hilfen	108
Anbindungen der Familienhebammen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst - am Beispiel des KJGD Charlottenburg-Wilmersdorf	111
Praxisbeispiel: Frühe Hilfen in Charlottenburg-Wilmersdorf - ein Kooperationsprojekt mit der Bürgerstiftung Berlin im „Haus des Säuglings“	113
4.9.5 Gesund Aufwachsen in Spandau	115
Sozialpädiatrische Fortbildung für	
- Fachkräfte im Bereich Familienhilfe und des Regionalen Sozialen Dienstes/Jugendamt	
- Kita-Gesundheitsbeauftragte und Kindertagespflegefachkräfte das Beispiel im Bezirk Spandau	115
Fortbildungsziele und -inhalte	116
4.9.6 „Mutter - Baby - Sprachlernkurse“ als fester Bestandteil Früher Hilfen im Netzwerk Kinderschutz Berlin - das Beispiel im Bezirk Mitte	117
4.9.7 Fallvorstellung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes	118
4.10 Das Projekt „Babylotse der Charité“	119
4.10.1 Hintergrund	119
4.10.2 Die Arbeitsweise von „Babylotse der Charité“	120
4.11 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in den ersten Lebensjahren	122
4.11.1 Einleitung	122
4.11.2 Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde	124
4.11.3 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen im GKV-Leistungskatalog	125
4.11.4 Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen 2007 bis 2015	125
4.11.5 Kernaussagen und Fazit	127
4.11.6 Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“	128
4.11.7 Vorsorgeprogramme der Krankenkassen auf Landesebene	128
Das Vorsorgeprogramm der AOK Nordost	129
Das Vorsorgeprogramm der Barmer GEK	129
Das Vorsorgeprogramm der IKK Berlin Brandenburg	129
Das Vorsorgeprogramm der KKH	129
4.11.8 Reformbedarf im GKV-Leistungskatalog - Welche Leistungen sollten aufgenommen werden?	130
4.11.9 Zusammenarbeit Kinderärztinnen/Kinderärzte - (Kinder-)Zahnärztinnen/(Kinder-)Zahnärzte	131
Pädiatrische Empfehlungen	131
Zahnärztliche Empfehlungen	132
4.11.10 Wichtige Etappenziele auf Bundesebene	132
Beratungsanträge im G-BA	132
Präventionsgesetz	133
Neufassung ärztlicher Kinder-Richtlinien	133

4.12 Der Zahnärztliche Dienst in Berlin	133
4.12.1 Early Childhood Caries (ECC) – Eine Übersicht	133
4.12.2 Projekt „Mitte beißt sich durch“	137
4.12.3 Baby-Eltern-Beratungsprogramm und Zahnputzschule	137
Aufsuchende Elternberatung zur Zeit des ersten Zahndurchbruches	137
Zahnputzschule in der Kita – aufsuchende Elterninstruktion	137
4.12.4 Vorsorgeuntersuchungen von unter 1-Jährigen und Beratung von Eltern	138
5 Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft	139
6 Berufe und Ausbildung	141
6.1 Hebammen und Entbindungspfleger	141
6.1.1 Allgemeines – Ausbildung und Berufsrecht	141
6.1.2 Vergütung von freiberuflich tätigen Hebammen	142
6.1.3 Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen verbessern	142
6.1.4 Berufsausübung	143
6.1.5 Entwicklungsoptionen	144
Ausbildung	144
Flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe	145
Anhang	147
Tabellenanhang	147
Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	183
Tabellenübersicht – Indikatorensatz	187
Abkürzungsverzeichnis	199
Erläuterungen	202
Literaturverzeichnis	220
Publikationsverzeichnis	221

Gesundheitsberichterstattung und Sozialstatistisches Berichtswesen im Land Berlin

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

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

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

Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet folgende Berichtsformen:

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

Das **Sozialstatistische Berichtswesen** des Landes Berlin umfasst die systematische und regelmäßige Beobachtung und Auswertung von statistischen Daten auf den Sozialrechtsgebieten des SGB II, des SGB XII, des Asylbewerberleistungsgesetzes, des Landespflegegeldgesetzes und damit im Zusammenhang stehenden sozialen Entwicklungen. Das Sozialstatistische Berichtswesen beinhaltet die Generierung, Aufbereitung und Auswertung der Sozialstatistik des Landes Berlin auf den genannten Rechtsgebieten ebenso wie

die Berichterstattung über relevante Entwicklungen von Lebensverhältnissen und Lebenslagen in Berlin. Ergebnisformen des Sozialstatistischen Berichtswesens sind Daten und Statistiken sowie thematische Spezialberichte:

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

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

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



1 Zusammenfassung der Kapitel

1.1 Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr

- In **Berlin** lebten 2014 im Jahresdurchschnitt rund **3,45 Millionen Menschen** und damit 1,4 % mehr als im Vorjahr. Der **Frauenanteil** lag bei 51 %. Entgegen dem bundesweiten Trend nahm in Berlin die Anzahl der Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 50 Jahren) wie auch in den Vorjahren zu.
- Die allgemeine **Geburtenziffer** betrug 2014 in **Berlin** 45,6 Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren und lag damit deutlich über dem Bundesniveau von 40,8 je 1.000.
- Im Jahr 2014 wurden in **Berlin 37.368 Kinder lebend geboren**. Damit lag die Anzahl der Geborenen um 5.054 Kinder über der der Gestorbenen (32.314), was Berlin neben Hamburg zum einzigen Bundesland mit einem **Geburtenüberschuss** macht.
- Das **durchschnittliche Alter der Mütter** bei Geburt ihres ersten Kindes lag im Jahr 2014 in **Berlin** bei 29,8 Jahren und damit leicht über dem **Bundesdurchschnitt** von 29,3 Jahren. Insgesamt hat sich das Alter der Mütter bei der Geburt ihrer Kinder hin zu einem höheren Lebensalter verschoben. Jedes fünfte Kind wird in Berlin von einer Mutter im Alter zwischen 35 und 40 Jahren geboren; bei jedem zwanzigsten Kind war die Mutter 40 Jahre und älter. Demgegenüber sind Geburten im **Teenager-** und jungen Erwachsenenalter (Mütter zwischen 15 und 19 Jahren) seit Anfang der 2000er Jahre rückläufig. In Berlin waren im Jahr 2014 bei der Geburt ihres Kindes 767 Mütter 15 bis 17 Jahre und weitere 1.910 Mütter 18 bis 19 Jahre alt.
- **Berlin** zählt seit Jahren zu den Bundesländern mit der **niedrigsten Säuglingssterblichkeit**. Im Jahr 2014 lag die Rate bei 2,8 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene (Deutschland gesamt 3,2 je 1.000). Die so genannte Frühsterblichkeit (d. h. Gestorbene innerhalb der ersten sieben Lebensstage) betrug 1,6 je 1.000 Lebendgeborene und machte damit rund die Hälfte der Säuglingssterbefälle aus.
- Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit der niedrigsten **Müttersterblichkeit**. In **Berlin** lag sie im Zeitraum von 2011 bis 2014 mit einer Mortalitätsrate von 0,7 Sterbefällen je 100.000 Lebendgeborene zudem deutlich unter dem Bundesniveau von 4,5 Fällen je 100.000.
- Im Jahr 2014 wurden in **Berlin** bei 8.643 Berlinerinnen **Schwangerschaftsabbrüche** durchgeführt. Damit ist die Zahl der Schwangerschaftsabbrüche weiterhin **rückläufig**, auch wenn die Rate im Jahr 2014 mit 105 je 100.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren fast doppelt so hoch war wie in Deutschland insgesamt (56 je 100.000). In **Berlin** wurde 2014 mit einer Rate von 0,79 je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren mehr als doppelt so oft ein **Fetozid** durchgeführt als im Bundesdurchschnitt (0,31 je 10.000).
- Die Zunahme an **Mehrlingsgeburten** ist in Berlin stärker als im übrigen Bundesgebiet. Im Jahr 2013 wurden in **Berlin** insgesamt 737mal Zwillinge, 16mal Drillinge und einmal Vierlinge geboren.
- In den letzten Jahren hat die Anzahl der **Kaiserschnittentbindungen** sowohl bundesweit als auch in Berlin deutlich zugenommen. In Berlin wurde im Zeitraum 2012/2014 bei 28 % der Geburten ein Kaiserschnitt vorgenommen. Damit lag **Berlin** unter dem Bundesniveau (31 %) und zählte zu den Bundesländern mit den niedrigsten Kaiserschnitttraten.
- In der **ambulanten Versorgung** der schwangeren Frauen standen 2014 in **Berlin** 600 Fachärzte und Fachärztinnen **der Frauenheilkunde und Geburtshilfe** zur Verfügung, (2.518 Einwohnerinnen je Arzt/Ärztin). Bei den ambulant tätigen Fachärzten und Fachärztinnen der **Kinder- und Jugendmedizin** (347) kamen auf durchschnittlich 1.553 Kinder ein Arzt bzw. eine Ärztin.

- 2014 wurde in **Berlin** von 696 **Hebammen** eine freiberufliche Tätigkeit gemeldet, welche rund 28.600 schwangere Frauen und etwa 23.650 Mütter mit Säuglingen im Rahmen der Vor- und Nachsorge betreuten.
- Die **stationäre Behandlungsrate** von **Frauen** in Bezug auf Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett hat in **Berlin** in den letzten zehn Jahren um etwa ein Sechstel zugenommen und belief sich im Zeitraum 2012/2014 auf 4.972 Behandlungsfälle je 100.000 der Altersgruppe. Die stationäre Behandlungsrate für **Kinder im Säuglingsalter** lag in Berlin im Jahr 2014 bei 50.023 Fälle je 100.000 der unter Einjährigen (insgesamt 17.363 Säuglinge aus Berlin).
- Aufgrund der Vielfalt an hochspezialisierten medizinischen Einrichtungen haben die **Berliner Krankenhäuser** einen hohen Anteil an der **überregionalen Versorgung** von Säuglingen und Kindern. Bezogen auf das Säuglingsalter werden derzeit jährlich mehr als 2.500 nicht aus Berlin stammende Säuglinge in einem Berliner Krankenhaus versorgt.

1.2 Soziale Lage der Familien

Familienformen

- Im Jahr 2014 lebten in **Berlin** rund 439.400 **Familien**.
- Mit 51,2 % war der Großteil der Eltern **verheiratet**, im Bundesgebiet waren es 68,1 %. In etwa 337.500 dieser Familien wuchs mindestens ein Kind unter 18 Jahren auf. Auch hier war der überwiegende Teil verheiratet (51,9 %), 16,2 % lebten in Lebensgemeinschaften und 31,9 % waren Alleinerziehende.
- In den **Bezirken** Lichtenberg, Spandau und Marzahn-Hellersdorf waren die Anteile der **Alleinerziehenden** unter den Familien deutlich höher als im Berliner Durchschnitt. Zugleich lagen in Steglitz-Zehlendorf und Mitte die Anteile der **Ehepaare** mit jeweils mehr als 10 %-Punkten über dem gesamtstädtischen Trend. Bei den **Alleinerziehenden** mit Kindern unter 18 Jahren dominieren nach wie vor die Mütter (89,7 %), wobei sich der Anteil der alleinerziehenden Väter in **Berlin** seit 2005 von 9,2 % (9.400) auf 10,3 % (11.100) erhöht hat. Neukölln (3,7 %) und Tempelhof-Schöneberg (5,6 %) wiesen vor 10 Jahren die geringsten Anteile an **alleinerziehenden Vätern** auf, 2014 waren die Anteile in diesen **Bezirken** am höchsten (14,5 % bzw. 17,4 %). In Charlottenburg-Wilmersdorf hingegen lebten vor 10 Jahren mit einem Anteil von 14,7 % die meisten alleinerziehenden Väter, 2014 war dies der Bezirk mit dem geringsten Anteil an männlichen Alleinerziehenden (3,6 %).
- In Familien mit mindestens einem minderjährigen Kind lebte im Jahr 2014 in nahezu der Hälfte der 337.500 Familien in **Berlin** mindestens ein **Kind unter 6 Jahren**. Davon war in etwa 69.200 (20,5 %) Familien mindestens ein Kind im Alter von 3 bis 5 Jahre und in ca. 92.700 (27,5 %) Familien jünger als 3 Jahre.
- Das gängige **Familienmodell** in **Berlin** ist die Kleinfamilie. Im Jahr 2014 waren mehr als die Hälfte (ca. 249.500; 56,8 %) aller Familien Ein-Kind-Familien. Zwei Kinder lebten in knapp einem Drittel (ca. 139.500; 31,8 %) aller Familienhaushalte und in rund 50.400 (11,5 %) Familien wuchsen 3 und mehr Kinder auf. Seit 2005 hat eine Verschiebung der **Kinderanzahl** zu Lasten der Kleinfamilien stattgefunden. Im Jahr 2005 wuchsen in nur 9,0 % der Familien 3 und mehr Kinder auf. Der Anteil der Ein-Kind-Familien lag bei 59,2 %, der Anteil der Familien mit 2 Kindern blieb auf gleichem Niveau (31,8 %).

Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern

- In 60,1 % der Familien mit zwei Elternteilen gingen im Jahr 2014 in **Berlin** beide Partner einer **Erwerbstätigkeit** nach, in 29,1 % der Familien ging ein Elternteil arbeiten. Letzteres waren zu 74,7 % Männer. Vor 10 Jahren fiel der Anteil der Familien mit zwei erwerbstätigen Elternteilen geringer aus (48,6 %). In der **Altersgruppe** der 25 bis unter 45-jährigen Frauen lag der Anteil der erwerbstätigen Mütter 15,7 %-Punkte unter dem der kinderlosen Frauen. Anders bei den Männern, hier lag der Anteil der erwerbstätigen Väter im Alter von 25 bis unter 45 Jahren 7,1 %-Punkte über dem der kinderlosen Männer derselben Altersgruppe.

- 63,5 % der **alleinerziehenden** Mütter und Väter in **Berlin** gingen einer Erwerbstätigkeit nach, wobei der Anteil mit zunehmendem Alter der Kinder anstieg. Zum Vergleich waren es im gesamten **Bundesgebiet** 65,3 % erwerbstätige Alleinerziehende.
- In **Berlin** erhielten 32.116 (71,9 %) Mütter und 12.532 (28,1 %) Väter **Elterngeld** für ihr im Jahr 2013 geborenes Kind. Damit lag Berlin bezogen auf die Väter in Elternzeit über dem **Bundesdurchschnitt** (24,9 %). In den letzten Jahren ist der Anteil der **elternzeitnehmenden Väter** sowohl in Berlin, als auch im gesamten Bundesgebiet stetig gewachsen. Der Großteil (64,0 %) der Berliner Väter nahm lediglich die **Mindestlaufzeit** von 2 Monaten Elternzeit in Anspruch. Durchschnittlich befanden sich **Berliner Väter** für ihr im Jahr 2013 geborenes Kind 3,9 und Berliner Mütter 11,3 Monate in **Elternzeit**.
- 66,2 % der Mütter und 86,8 % der Väter waren **vor der Geburt** des Kindes im Jahr 2013 **erwerbstätig**. Seit 2009 stellt dies einen prozentualen Anstieg von 11,1 % bzw. 10,1 % dar.
- Für ihr im Jahr 2013 geborenes Kind erhielten 24,7 % der Elterngeldempfänger in **Berlin** den **Mindestsatz** in Höhe von 300 Euro (15,9 % der männlichen Elterngeldempfänger; 28,2 % der Elterngeldempfängerinnen). 44,2 % bekamen 300 Euro bis unter 1.000 Euro, 18,1 % hatten Anspruch auf 1.000 Euro bis unter 1.500 Euro und mehr als 1.500 Euro erhielten 13,0 % der Elterngeldempfänger (24,8 % der männlichen, 8,4 % der weiblichen).

Einkommenssituation von Müttern und Vätern

- Im Jahr 2014 verfügten 10,6 % (Deutschland 9,2 %) der **Berliner Familien** mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren über ein monatliches **Haushaltsnettoeinkommen** von weniger als 1.300 Euro. 27,2 % (15,8 %) der Familien hatten 1.300 Euro bis unter 2.000 Euro zur Verfügung und 62,2 % (75,0 %) der Familien verdienten mehr als 2.000 Euro.
- Im Jahr 2014 mussten 29,7 % (Deutschland 35,5 %) der **Berliner Alleinerziehenden** mit einem **Haushaltsnettoeinkommen** von unter 1.300 Euro auskommen, 44,1 % (37,0 %) standen 1.300 Euro bis unter 2.000 Euro zur Verfügung und 26,2 % (27,4 %) verdienten mehr als 2.000 Euro im Monat. Innerhalb der letzten 10 Jahre hat sich die Einkommenssituation der Alleinerziehenden in Berlin verbessert. Im Jahr 2006 waren es noch 47,4 % der unter 1.300 Euro Verdienenden und nur 15 % der über 2.000 Euro Verdienenden.
- 2014 lag in **Berlin** die **Armutsgefährdungsschwelle** für Ein-Personen-Haushalte bei 841 Euro (Deutschland 917 Euro), für Haushalte mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren bei 1.767 Euro (1.926 Euro).
- Gemessen am **Bundesmaßstab** galten im Jahr 2014 in **Berlin** 20,0 % (Deutschland 15,4 %) aller Menschen als **armutsgefährdet**. Am Berliner **Landesmaßstab** gemessen war rund jede siebte Person (14,1 %) in Berlin armutsgefährdet.
- **Berliner Haushalte mit zwei Erwachsenen und drei oder mehr Kindern** waren 2014 am stärksten von Armut gefährdet. Die **Quote** von 25,4 % (Landesmaßstab) lag über der der Alleinerziehenden mit mindestens einem Kind (21,4 %) sowie der Quote der Familien mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern (12,2 %) bzw. mit zwei Erwachsenen und einem Kind (9,6 %).

Ausgewählte Leistungen nach SGB XII und Asylbewerberleistungsgesetz

- Am 31.12.2014 bezogen in **Berlin** insgesamt 22.381 Personen **Hilfe zum Lebensunterhalt** nach Kapitel 3 SGB XII. Fast 11 % (2.432) waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren. (Ausgabevolumen: ca. 80 Mio. Euro)
- **Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen** erhielten in **Berlin** 10.400 (3,0 je 1.000 Einwohner) Personen. Sie lebten am 31.12.2014 in 9.723 **Bedarfsgemeinschaften**, darunter waren 1.620 Bedarfsgemeinschaften mit 2.040 minderjährigen Kindern. (Ausgabevolumen: ca. 51,6 Mio. Euro)
- Von **Grundsicherungsleistungen** des 4. Kapitel SGB XII lebten im Jahr 2014 in **Berlin** 73.983 Personen, davon 64.530 Menschen bzw. 18,9 je 1.000 Einwohner (2013: 61.257 bzw. 17,9 je 1.000) außerhalb von

Einrichtungen. (Ausgabevolumen: ca. 449 Mio. Euro, davon 376 Mio. Euro Grundsicherung außerhalb von Einrichtungen)

- Die Zahl der **Anspruchsberechtigten für Gesundheits- und Pflegeleistungen** nach § 264 Abs. 2 SGB V ist in **Berlin** seit 2011 rückläufig. Am Stichtag 31.12.2014 (7.247 Personen) lag sie 5,4 % unter dem Wert von 2013 und wies im Vergleich zum Jahr 2011 eine um 963 Personen (-11,7 %) geringere Zahl aus.
- Für das Jahr 2014 wurden rund 68,4 Millionen Euro den **Krankenkassen** für die Übernahme der Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 7 SGB V **erstattet**, 0,6 % weniger als 2013.
- Die **Empfängerzahl** nach dem **5. Kapitel SGB XII - Hilfen zur Gesundheit** lag am 31.12.2014 in **Berlin** bei 304 Personen, davon waren 11 Personen unter 18 Jahre alt, 24 Personen zwischen 18 und 40 Jahren, der größte Teil (rd. 88 %) älter als 40 Jahre. (Ausgabenhöhe: ca. 5,6 Mio. Euro)
- Auf **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)** waren am 31.12.2014 in **Berlin** 28.143 Personen angewiesen (2013 zu 2014: +2,9 %). Auch die Ausgaben erhöhten sich sukzessiv auf 731,6 Millionen Euro und lagen somit 4,2 % über denen des Jahres 2013.
- **Hilfe zur Pflege** nach dem **7. Kapitel SGB XII** erhielten am 31.12.2014 in **Berlin** 28.141 Personen, 36 Leistungsberechtigte weniger als 2013, aber 393 Personen mehr als 2012. Diese verursachten Kosten in Höhe von rund 356,3 Millionen Euro, 1,7 % mehr als im Vorjahr.
- Am 31.12.2014 erhielten in **Berlin** 24.541 Personen (Männer: 14.712, Frauen: 9.829) **Regelleistungen nach § 2 oder 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes** (AsylbLG), rund 42 % (+7.279 Personen) mehr als 2013. Fast ein Drittel (32,5 %) war unter 18 Jahre alt, 17,2 % in der Altersgruppe von 18 bis unter 25 Jahren, bei ca. 42 % lag das Alter zwischen 25 und 50 Jahren und 8,3 % waren über 50 Jahre alt. Diese Personen lebten in 14.369 Bedarfsgemeinschaften. Die **Empfängerquote** von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag in **Berlin** am 31.12.2014 mit 7,2 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung mit 53,5 je 1.000 weit über den Werten von 2013 (5,0 bzw. 37,6). Die **Ausgaben** betragen 2014 in Berlin rund 185,3 Millionen Euro, sie lagen damit 44,7 % über den Ausgaben des Vorjahres.

1.3 Geburtshilfliche und frühkindliche Versorgung und Inanspruchnahme

Die Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin-Brandenburg

- **Aufgabe** und zugleich **Ziel** der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin ist es, Transparenz und Orientierung über bestehende Strukturen und Angebote zur Gesundheitsförderung in Berlin und den Berliner Bezirken herzustellen sowie die Vernetzung unter den Akteurinnen und Akteuren zu optimieren. Neben der Unterstützung in der Qualitätsentwicklung begleitet sie die Umsetzung gesundheitsfördernder Prozesse auf lokaler, bezirklicher sowie auf Landesebene. Der Fokus ist dabei auf die Gesundheits- und Teilhabechancen insbesondere von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen gerichtet. In Berlin gibt es viele gute Ansätze, Strukturen, Versorgungs- und Unterstützungsangebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Phase rund um die Geburt. Die **zentrale Herausforderung** besteht in der ressortübergreifenden Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure, dem tatsächlichen Zugang zu Berliner Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen, der positiven Gestaltung von Übergängen zwischen Lebensphasen (z. B. Schwangerschaft-Familie und Familie-Kita) und der gelingenden Überleitung von einem Angebot in ein nächstes sowie der gesundheitsförderlichen Gestaltung von Lebenswelten wie Kitas, Familienzentren oder Stadtteilen. Gesundheitsförderung rund um die Geburt bzw. die Frühen Hilfen wurden in allen Berliner Bezirken und auf Landesebene durch die Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke Frühe Hilfen Berlin (LKS) als Querschnittsthemen verankert. In jedem Bezirk gibt es entsprechende Netzwerke, aufsuchende Angebote werden u. a. durch

Familienhebammen und Ehrenamtsstrukturen ausgebaut, ebenso wie niedrigschwellige Angebote zur Stärkung von Elternkompetenzen.

- Zur fachlichen Orientierung zu gesundheitsbezogenen Themen rund um die Geburt hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit in Zusammenarbeit mit Berliner Expertinnen und Experten einen **Handlungsleitfaden** „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin“ entwickelt, in dem Bedarfe und Qualitätserfordernisse für die Landes-, Bezirks- und lokale Ebene formuliert sind. Als ein weiteres Unterstützungsinstrument wurde die **Baby-Berlin-App** entwickelt, welche (werdenden) Eltern einheitliche Informationen insbesondere zu gesundheitlichen, finanziellen und behördentechnischen Unterstützungsmöglichkeiten in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes zur Verfügung stellt. Sie bündelt Informationen, Termine und Adressen für alle 12 Berliner Bezirke, ist kostenlos und neben Deutsch auch in Englisch, Türkisch und Russisch verfügbar.

Geburtshilfliche und pädiatrische ambulante Versorgung

- Die ambulante Versorgung durch Kinderärzte und Kinderärztinnen sowie Frauenärzte und Frauenärztinnen ist in Berlin gesichert. Bei beiden Fachgruppen herrscht im Planungsbereich Berlin entsprechend den Vorgaben der Bedarfsplanungs-Richtlinie sogar Überversorgung. Regionale Ungleichgewichte innerhalb Berlins sind bei den Gynäkologinnen und Gynäkologen allerdings stärker als bei den Kinderärztinnen und Kinderärzten ausgeprägt. In den **Mutterschafts-Richtlinien** ist festgelegt, auf welche **ambulante Versorgung** in der Schwangerschaft und bei der Geburt die gesetzlich krankenversicherte Patientin Anspruch hat. Neben der Schwangerenbetreuung mit definiertem Leistungsumfang werden eine Reihe von begleitenden Screenings auf freiwilliger Basis angeboten. Die zunehmende Inanspruchnahme dieser Tests durch Schwangere korreliert mit der ansteigenden Geburtenrate. Die Geburten selbst finden im Krankenhaus, in Geburtshäusern oder als Hausgeburt statt, die in überwiegender Zahl nicht von Vertragsärzten begleitet werden.
- Nach der Geburt hat der Säugling im ersten Lebensjahr Anspruch auf insgesamt sechs **Früherkennungsuntersuchungen** gemäß **Kinder-Richtlinien**. Die Neugeborenen-Screenings und die beiden ersten Früherkennungsuntersuchungen werden in der Regel im stationären Bereich erbracht. Erst ab der U3-Untersuchung (3. bis 8. Lebenswoche) werden die Säuglinge regulär dem niedergelassenen Kinderarzt vorgestellt. Die steigenden Patientenzahlen der Jahre 2013 und 2014 weisen auch hier auf einen Geburtenzuwachs hin. Allerdings schwankt die Anzahl der untersuchten Säuglinge bei den Früherkennungsuntersuchungen nach der U3 und ist z. T. auch rückläufig.
- Das Impfen von Säuglingen beim Kinderarzt erfolgt gemäß **Schutzimpfungs-Richtlinie** als Grundimmunisierung. Nur wenige Impfungen sind zunächst als Einzelimpfung vorgegeben, Folgeimpfdosen werden überwiegend als Mehrfachimpfungen verabreicht. Hier sind ebenfalls leicht ansteigende Zahlen der Geimpften in den Jahren 2013 und 2014 zu verzeichnen.

Berliner Hebammenverband e.V.

- Das **Betreuungsspektrum** der Hebammen umfasst die Beratung zur Familienplanung, Schwangerenvorsorge und die ganzheitliche Betreuung in der Schwangerschaft, die Begleitung der Geburt, die Betreuung des Wochenbettes und der Stillzeit. Im Mittelpunkt der Begleitung durch Hebammen stehen die Gesundheit, die Gesunderhaltung und das Wohlergehen von Mutter, Kind und Familie. Damit übernehmen Hebammen eine zentrale Rolle und wichtige Funktion im Prozess der Familienwerdung.
- In **Berlin** besteht eine deutlich höhere Nachfrage nach Hebammenbetreuung, als das Angebot abzudecken vermag. Viele Hebammen schränken, auf Grund der schwierigen Arbeitssituation, ihr Angebot immer weiter ein, sodass viele Frauen nicht die Angebote in Anspruch nehmen können, die sie sich wünschen und die ihnen nach SGB V zustehen.

Perinatal- und Neonatalversorgung in Berliner Krankenhäusern

- Nach den Vorgaben des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gibt es bundesweit im Rahmen von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Versorgung von Früh- und Neugeborenen spezielle Anforderungen an **Perinatale Schwerpunkte und Zentren**. Dabei werden vier Versorgungsstufen unterschieden. In Berlin gibt es insgesamt 19 Krankenhausstandorte, die an der Versorgung von Früh- und/oder Neugeborenen beteiligt sind. Zur höchsten Versorgungsstufe „Perinatalzentrum Level 1 (uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)“ werden in Berlin sieben Krankenhausstandorte gezählt.

Giftnotruf Berlin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

- Im Jahr 2014 hat der Giftnotruf Berlin der Charité als Giftinformationszentrum Deutschlands 45.765 Anfragen erhalten; davon bezogen sich 43.152 Anfragen auf vermutete oder tatsächliche humane Expositionsfälle. Einen erheblichen Anteil aller Anfragen nimmt mit ca. 64 % die Beratung **kindlicher Expositionsfälle** ein.
- **Art und Möglichkeit** der Expositionen sind vom Lebensalter abhängig; dabei zeigen sich bei Neugeborenen und Säuglingen einige Besonderheiten: die Medikamentenverwechslung oder Fehldosierung steht an erster Stelle bei Expositionen von Neugeborenen während sich im Säuglingsalter die Expositionen sehr häufig zufällig ereignen.
- Das **Spektrum der Noxen** ist vielfältig, am häufigsten handelt es sich um Publikumsmittel, Medikamente und Pflanzen. Glücklicherweise stehen Noxen mit einem hohen Gefährdungspotential ganz am Ende der Skala bei kindlichen Ingestionsunfällen.
- Im Jahr 2014 konnte bei 87 % aller Anfragen bzgl. vermuteter oder tatsächlicher Expositionen von Neugeborenen und Säuglingen die Empfehlung gegeben werden, dass keine ambulante oder stationäre Überwachung erforderlich ist. Dies bedeutet nicht nur eine rasche Beruhigung für die Familien, sondern auch die Vermeidung unnötiger Arztvorstellungen und Behandlungen für die kleinen Patienten.

Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie – Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

- „Embryotox“ hat sich in den vergangenen 25 Jahren von einer kleinen Unterabteilung der Berliner „Giftberatung“ zum größten europäischen Referenzzentrum für Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft entwickelt. Als **Beratungsinstitution** für Laien, Fachkreise, Behörden und andere öffentliche Institutionen ist es ebenso wenig wegzudenken wie bei der **Erforschung** von Arzneimittelrisiken auf der Basis seiner kontinuierlich wachsenden Falldatenbank. Das einmalige, freizugängliche Informationsportal www.embryotox.de mit integriertem Online-Fragebogensystem hatte bisher über 6.000.000 Besucher.
- **Zielgruppe** sind nicht nur Schwangere und ihre Ärztinnen und Ärzte, sondern die Gesamtgruppe von Frauen im gebärfähigen Alter, die trotz Medikamenten schwanger werden könnten.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Berlin – als Akteur rund um die Geburt

- Mittels eines **Ersthausbesuches** nach der Geburt eines Kindes können Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden. Mit dieser Art der **Primärprävention** ist die Chance groß, durch eine offene, wertschätzende und respektvolle Würdigung des zu Beratenden erfolgreich und nachhaltig zu überzeugen. Aufsuchende Beratungsarbeit ist ein aufwendiges Beratungsverfahren, welches jedoch in der Vermittlung von Hilfeangeboten unerlässlich ist. Der Ersthausbesuch ist auch unter Aspekten des Kinderschutzes ein adäquates Mittel, um frühen Hilfebedarf zu erkennen und zu handeln. Das hauptsächliche **Ziel** des Erstkontaktes ist, zu vermitteln, welche Möglichkeiten es für Mütter und Väter von Säuglingen im Bezirk in Hinsicht auf

Gesundheit, Entlastung, finanzielle Hilfen, Gruppenangebote, therapeutische Hilfen, Unterstützung im Alltag und Erziehung gibt. Familien sollen bei Bedarf so begleitet werden, dass ihre persönliche Kompetenz gestärkt wird. Dabei sind qualifizierte Beratungen und nachgehende Begleitungen unverzichtbar, sonst ist das Ziel von Prävention und Frühen Hilfen verfehlt und die Familien bekommen nicht die erforderliche Unterstützung und möglichen Hilfen.

- Zur Unterstützung eines präventiv orientierten **Kinderschutzkonzeptes** in allen Bundesländern wurden unterschiedliche Programme auf den Weg gebracht - für Berlin das Konzept „Netzwerk Kinderschutz – Gewalt gegen Kinder entgegenwirken“, 2007 unter Beteiligung der Senatsverwaltungen für Jugend und Gesundheit entwickelt. Der Aufbau von **Frühwarnsystemen** durch Verzahnung unterschiedlicher Säulen: Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und zivilgesellschaftliches Engagement spielt dabei eine wichtige Rolle. Das Rahmenkonzept für Berlin beinhaltet die Implementierung von Familienhebammen und anderen passgenauen Hilfen im Primär- und Sekundärpräventiven Unterstützungsbereich von (werdenden) Familien. Am Beispiel des Bezirkes Charlottenburg-Wilmersdorf erfolgte die Umsetzung der Implementierung der **Familienhebammen** in Anbindung an den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Gesundheitsamtes. Diese Form der Zuordnung hat sich nach den Erfahrungen des Bezirkes als besonders effektiv erwiesen, insbesondere innerhalb der speziellen Strukturen in Berlin. Hier gibt es bereits seit Jahrzehnten einen im Gesundheitsamt verorteten Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, der präventiv arbeitet und die Familien nach der Geburt eines Kindes kontaktiert und besucht. Dabei können Hilfebedarfe jeglicher Art festgestellt und passende Hilfen eingeleitet werden, u. a. die Familienhebammen. Sie sind eine in erster Linie gesundheitlich ausgerichtete Hilfe und deshalb im KJGD sehr gut und passend verortet.
- Im Bezirk Spandau wurde im Rahmen des Förderprogramms „Aktionsraum Plus“ das **Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung** im Kindes- und Jugendalter (Kiju Fit) initiiert, um die gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Zentrales Anliegen des Projektes ist es, den Blick der Fachkräfte für die ganzheitlichen gesundheitlichen Aspekte im Sinne der WHO zu schärfen, Zugangswege hierfür zu ermitteln, gesundheitsfördernde Programme, von denen Kinder, Jugendliche und deren Familien direkt profitieren, zu implementieren und eine Kultur der gemeinsamen Verantwortung zu fördern. Dazu wurde eine **Gesundheitskonferenz** – Gesund aufwachsen in Spandau mit über 150 Spandauer Fachkräften organisiert. Diese Gesundheitskonferenz war Auftaktveranstaltung für die Erarbeitung von alters- und entwicklungspezifischen Zielen. Im Ergebnis wurde unter anderem eine Sozialpädagogische Fortbildungsreihe für Fachkräfte im Bereich der Familienhilfe und des Regionalen Sozialen Dienstes sowie des Jugendamtes initiiert, welche zum Ziel hat, die sozialpädagogischen Fachkräfte auf die sozialpädiatrischen Aspekte des gesunden Aufwachsens (Grundzüge der kindlichen Entwicklung und mögliche Ursachen von Entwicklungsverzögerungen aus kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Sicht) aufmerksam zu machen.
- Als sicher wirksame Maßnahmen des präventiven Kinderschutzes haben sich international nur Hausbesuche und **Elternschulungen** erwiesen. Die „Mutter – Baby – Sprachlernkurse“ im Bezirk Mitte verknüpfen innovativ den Ersthausbesuch des KJGD bei erstgeborenen Säuglingen mit dem Elternbildungsangebot der Volkshochschule (VHS) – Mitte für nicht Deutsch sprechende Mütter und Väter. Dieses Angebot hat durchschlagenden Erfolg, es laufen in Turnhallen des Gesundheitsamtes und der VHS sowie in wohnortnahen Familienzentren jeweils 10 parallele Kurse über jeweils 10 Wochen das ganze Jahr über, die Finanzierung aus den Mitteln der „Frühen Hilfen“ wurde auch 2016 fortgesetzt.

Das Projekt „Babylotse Charité“

- Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder infolge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter. Überlastung, fehlende familiäre Unterstützung, Depression und andere psychische Störungen der Eltern, Drogen- und insbesondere Alkoholkonsum und -abusus sowie fehlende oder ungenügende Eltern-Kind-Bindung können dem vorausgehen. Eine Auswertung von 19 Hilfsprojekten

in 11 Bundesländern durch das Deutsche Jugendinstitut 2008 hat deutlich gemacht, dass nur ein systematischer und umfassender Zugang zu allen Familien, den primär das Gesundheitssystem ermöglicht, die Grundlage dafür bietet, Risiken zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen, um gezielt Hilfe zu leisten (www.fruehehilfen.de).

- Obwohl ein weites Spektrum unterstützender Angebote für Familien zur Verfügung steht, sind vielen Eltern diese Ressourcen zu ihrer Unterstützung nicht bekannt oder die Hemmschwelle, Hilfe zu suchen und anzunehmen, ist zu hoch (Soziale- oder Sprachbarrieren etc.). Als **niedrigschwellige zuverlässige Anlaufstelle** schließt „Babylotse der Charité“ hier eine wichtige Lücke: Sorgen und Überforderung rund um Schwangerschaft und Geburt können rechtzeitig erkannt und Familien durch qualifiziertes Fachpersonal (Sozialpädagoginnen) passgenau beraten, ggf. unterstützt und in das bereits bestehende Hilfesystem vermittelt werden. Das Angebot ist für alle Familien, deren Kinder in der Charité geboren werden, freiwillig und für die Familien kostenlos.

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in den ersten Lebensjahren

- **Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen** sind im GKV-Leistungskatalog erst ab dem 30. Lebensmonat berücksichtigt. Für Kinder vor dem 30. Lebensmonat können Zahnärztinnen und Zahnärzte lediglich eine eingehende Untersuchung durchführen, wie sie in der 1. Sitzung bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten anzustreben ist. Auf eine Leistung zur **Früherkennungsuntersuchung** (FU) besteht kein gesetzlicher Anspruch. Der erste Zahn kommt in der Regel mit dem 6. Lebensmonat. Somit besteht bis zum gesetzlichen Anspruch ab dem 30. Lebensmonat eine Versorgungslücke. **Ziel** muss es sein, dass bei allen anspruchsberechtigten Kindern mit deren Eltern auch eine FU-Leistung vorgenommen wird.
- Die Anzahl der **anspruchsberechtigten Kinder** (30.-72. Lebensmonat) steigt; die Anzahl der Kinder, die von einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt behandelt werden, steigt jedoch nicht, sondern schwankt. Es kann somit nicht von einem frühzeitigen und regelmäßigen Vorsorgetermin bei einer Zahnärztin bzw. bei einem Zahnarzt ausgegangen werden. Die Anzahl der Kinder, bei denen eine FU-Leistung erbracht wird, steigt, die der lokalen Fluoridierung (IP 4) bei erhöhtem Kariesrisiko aber auch. Ob mehr Kinder diese Leistungen einmal erhalten oder einzelne Kinder und Jugendliche mehrmalige Fluoridierungstermine durch die Zahnarztpraxis erhalten, ist nicht ausgewertet worden.
- Die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen müssen bereits mit dem ersten Zahn beginnen. Diesbezüglich muss der GKV-Leistungskatalog erweitert werden. **Frühe Kariesprophylaxe** ist eine gemeinsame Aufgabe für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie für gesundheitspolitische Entscheider und für die Krankenkassen. Mit der frühestmöglichen zahnmedizinischen Betreuung kann die Mundgesundheit von Kleinkindern verbessert werden, auch wenn sie in Familien aus sozialen Risikogruppen leben. Dieser frühpräventive Ansatz unterstützt sozial Benachteiligte und fördert so die gesundheitliche Chancengleichheit.
- Auf Landesebene hat die KZV Berlin mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen bereits **Zusatzvereinbarungen** zur Prävention frühkindlicher Karies abgeschlossen, welche zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen vor dem 30. Lebensmonat vorsehen. Bezüglich der zahnmedizinischen Präventionsleistungen besteht weiterhin Reformbedarf im GKV-Leistungskatalog.

Der Zahnärztliche Dienst in Berlin

- Bereits seit vielen Jahren ist das Phänomen der **Frühkindlichen Karies** (Early childhood caries - ECC) bekannt und wurde international unterschiedlich bezeichnet und nicht einheitlich definiert. Es lässt sich feststellen, dass, egal wie das Auftreten von Karies im frühen Kindesalter betitelt wird, die Entstehung durch viele verschiedene Faktoren aus unterschiedlichen Bereichen des Lebens beeinflusst wird. Der zunehmende Fokus auf die „Frühkindliche Karies“ und die Konzepte zur Vermeidung sind wichtige Schritte für eine rückläufige Entwicklung in der Zukunft. Präventive Maßnahmen sowie eine Aufklärung (in den Bereichen Mundhygiene, Ernährung, vorbeugende Maßnahmen und Sinn und Zweck regelmäßiger Zahnarztbesuche ab dem ersten Zahn) aller an der Erziehung beteiligten Personen sind dabei die

entscheidenden Faktoren. Im Hinblick auf weitere mögliche Konzepte ist eine enge Zusammenarbeit aller Zahnärzte und Zahnärztinnen (Niedergelassene und ÖGD), der BZAEK, der Krankenkassen, der Schulen, der Kindergärten und optimaler Weise auch der Lebensmittelindustrie sinnvoll.

- In den Zahnärztlichen Diensten (ZÄD) der Berliner **Bezirke** werden zur Vermeidung frühkindlicher Karies verschiedenen **Projekte** durchgeführt. Zum Beispiel führt der ZÄD im Bezirk Mitte seit 8 Jahren das Projekt „**Mitte beißt sich durch**“ durch, in welchem von den Sozialpädagogen und Sozialpädagoginnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes im Rahmen der Ersthausbesuche in Familien Zahnputzbeutel verteilt werden. Der ZÄD im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf informiert junge Eltern zur Mundgesundheit und bietet entsprechende Beratungen an, die im häuslichen Umfeld stattfinden können. Im Rahmen einer **Zahnputzschule** können Eltern in der Kita das Zähneputzen am eigenen Kind üben. Besondere Bemühungen, gerade die **unter 1-Jährigen** zu erreichen, finden in allen Bezirken statt. Beispielsweise konnte durch den ZÄD im Bezirk Treptow-Köpenick der Grad der **Inanspruchnahme** (Anteil der Untersuchten an den Kitakindern der Altersgruppe) auf 37 bis 50 % erhöht werden. Ein weiterer Zugang findet sich in Krabbelgruppen, in Familienzentren und auf der Babymesse, in denen vor allem die Eltern über Milchzahngesundheit informiert und beraten werden können.

1.4 Leistungsausgaben

- Den **gesetzlichen Rahmen** für den Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bilden die §§ 24 c bis 24 i Sozialgesetzbuch V (SGB V). Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) legt in Form von Mutterschafts-Richtlinien die Leistungen fest, die die gesetzliche Krankenversicherung erstattet. Zusätzliche Leistungen gelten als individuelle Gesundheitsleistungen und müssen durch die Versicherte selbst getragen werden. Im Jahr 2012 beliefen sich die **Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin** auf 43,94 Mio. Euro (Vergleich zu 2011: +2,35 Mio. Euro).
- Aufgrund einer fortwährenden Leistungserweiterung für die gesetzlich Versicherten ist ein Anstieg der Ausgaben für Schwangerschaft/Mutterschaft in ganz **Deutschland** zu verzeichnen. Den Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung ist zu entnehmen, dass sich im Jahr 2013 die Ausgaben für Schwangerschaft/Mutterschaft auf 1,16 Mrd. Euro beliefen (2008: 0,95 Mrd. Euro).
- Die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommenen Krankenhäuser werden dual finanziert. Sie erhalten für ihre Krankenhausleistungen Entgelte von den Krankenkassen und für die Investitionskosten **Fördermittel aus den Länderhaushalten**. Somatische Krankenhausleistungen werden auf Grundlage des G-DRG-Systems mittels Fallpauschalen vergütet. Wiederbeschaffung von Anlagegütern und kleine bauliche Maßnahmen sind pauschal zu fördern. Neu-, Um- und Erweiterungsbauten können die Länder einzeln oder pauschal fördern. **Berlin** hat die unterschiedliche **Förderung** von größeren und einzeln geförderten Investitionsmaßnahmen und der pauschalen Förderung von kurzfristigen Anlagegütern und kleinen baulichen Maßnahmen aufgehoben. Die Berliner Krankenhäuser erhalten ab dem 01.07.2015 für sämtliche förderfähige Investitionskosten **Pauschalbeträge** nach einem Verteilsystem, welche Sie eigenverantwortlich entsprechend der Zweckbindung verwenden können. Dies führt zu einer Entbürokratisierung des Krankenhausförderungsverfahrens und stärkt die Eigenverantwortung und Flexibilität der Krankenhäuser.

1.5 Berufe und Ausbildung

- Die 3-jährige **Ausbildung** der Hebammen und Entbindungspfleger ist bundeseinheitlich geregelt und findet an staatlich anerkannten Hebammenschulen bzw. Gesundheitsfachschulen statt (58 Hebammenschulen in Deutschland; 3 in Berlin). Mit einer Modellklausel in die Berufsgesetze z. B. der Hebammen wurden die Voraussetzungen für eine **Erprobung von neuen Ausbildungsangeboten** bis 2017 geschaffen, welche die Möglichkeit einer **akademischen Erstausbildung** bietet. In Berlin wird beginnend mit dem WS 2013/14 der 8-semesterige ausbildungsintegrierte duale Vollzeitmodellstudiengang **Heb-**

ammenkunde an der Evangelischen Hochschule **Berlin** in Kooperation mit dem St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof angeboten. Die **Akademisierung** ist nach Auffassung des Wissenschaftsrats erforderlich, weil die Gesundheitsberufe künftig komplexere Tätigkeiten ausüben werden als heute und auch in einem gewissen Umfang bisher von Ärzten bzw. Ärztinnen wahrgenommene Aufgaben übernehmen sollen.

- Die **Berufsausübung** ist in landesrechtlichen sowie bundesrechtlichen Bestimmungen geregelt, in denen unter anderem die Hebammen und Entbindungspfleger zu regelmäßigen Qualifizierungsmaßnahmen verpflichtet werden. Hebammen und Entbindungspfleger sind nach Hebammengesetz befugt, schwangere Frauen zu beraten und zu betreuen, die normale Geburt eigenverantwortlich zu leiten (vorbehalten Tätigkeit) sowie den Wochenbettverlauf und die Neugeborenenperiode zu überwachen. Ebenso ist die Verpflichtung darin festgelegt, dass der Arzt/die Ärztin bei einer Entbindung eine Hebamme hinzuziehen muss. Das Anforderungsprofil an Hebammen ist in den letzten Jahren komplexer geworden; sowohl das **Aufgabenspektrum** als auch die **Form der Berufsausübung** im klinischen und außerklinischen Bereich haben sich grundlegend verändert. Z. B. werden zunehmend präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben im Bereich der Familienplanung, Schwangerenvorsorge und in der Versorgung junger Familien im Rahmen interprofessioneller Versorgungsstrukturen von Hebammen wahrgenommen (z. B. Einsatz als **Familienhebammen in Berlin** – examinierte Hebammen mit Zusatzqualifikation).
- Der GKV-Spitzenverband schließt mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie die **Höhe der Vergütung** und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnungen mit den Krankenkassen. Für die Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung gilt die landesrechtliche Verordnung (Berliner Entbindungshilfegebührenordnung)
- Jede Frau hat während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit Anspruch auf Hebammenhilfe. In **Berlin** werden ca. 70 % der Hebammenbetreuung **in Anspruch genommen**. Tendenziell nehmen Frauen während der Schwangerschaft am wenigsten Hebammenhilfe in Anspruch. Eine **gemeinsame Schwangerschaftsbetreuung** durch Arzt bzw. Ärztin und Hebamme ist eine optimale gegenseitige Ergänzung. Der Berliner Hebammenverband wird aktiv in die **Programme** zur Verbesserung des **Kinderschutzes** in Berlin eingebunden sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit, um den Anspruch jeder Frau auf Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge/Mutterschaft klar darzustellen.
- Die Sicherstellung einer **flächendeckenden Versorgung** mit Geburtshilfe (einschließlich der freien Wahl des Geburtsortes) – als ein wichtiges Ziel der Bundes- sowie Länderregierungen – kann nicht mehr gewährleistet werden, da sich aufgrund der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherung viele Hebammen aus dem Geburtsgeschehen zurückgezogen haben. Dafür hat das **Bundesgesundheitsministerium** (BMG) ein **Maßnahmenpaket** aufgrund des Abschlussberichtes der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29.04.2014 erarbeitet und auf dessen Grundlage erste Maßnahmen vorgenommen (z. B. Ausgleichsverfahren der Haftpflichtprämien, GKV-Versorgungsstärkungsgesetz)

2 Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr

Einer Schwangerschaft und Geburt kommt in ihren Auswirkungen auf die individuelle Lebenssituation, aber auch auf den jeweiligen Gesundheitszustand der Frauen, eine maßgebende Bedeutung zu. Die Schwangerschaft ist ein Lebensabschnitt, in dem sich sowohl Frauen als auch Männer auf eine sich grundlegend verändernde Situation einstellen müssen.

Nachfolgende Ausführungen rund um Schwangerschaft, Geburt und das erste Lebensjahr geben im Rahmen der Beiträge der Berliner Gesundheitsberichterstattung zur gesundheitlichen Situation der Bevölkerung Auskunft über das Schwangerschaftsgeschehen inkl. der gebärenden Frauen und ihren Säuglingen.

Die Datenanalyse basiert im Wesentlichen auf den zur Verfügung stehenden statistischen Makrodaten. Dabei handelt es sich hauptsächlich um die Auswertungen der amtlichen Statistiken des Amtes für Statistik Berlin Brandenburg (z. B. Mikrozensus, Bevölkerungs- und Todesursachenstatistik, Krankenhausstatistik, Einwohnerregisterstatistik). Für Vergleiche mit anderen Bundesländern werden Daten des Statistischen Bundesamtes genutzt. Als weitere Quellen dienen statistische Erhebungen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin (z. B. Geburtsgynäkologische Statistik), der Bezirksämter von Berlin sowie der Berliner Krankenhäuser. Bezogen auf das o. g. Schwerpunktthema flossen auch Daten der Kassenärztlichen sowie der Kammern der Heilberufe in die Analyse ein.

Detaillierte Informationen für Deutschland, Bundesländer, Berlin und auf Bezirksebene sind in Sondertabellen zusammengestellt (siehe Anhang). Abrufbar im GSI unter: www.gsi-berlin.info.

Andere statistisch aufbereitete Datenquellen, die weiterführende und tieferegreifende valide Aussagen zum Gesundheitszustand und dem Gesundheitsverhalten der Schwangeren, deren Neugeborenen sowie zur Inanspruchnahme von Gesundheits- und Sozialleistungen zulassen, standen nicht bzw. nur defizitär zur Verfügung.

2.1 Bevölkerung und abgeleitete bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen

2.1.1 Bevölkerungsstand und Entwicklung

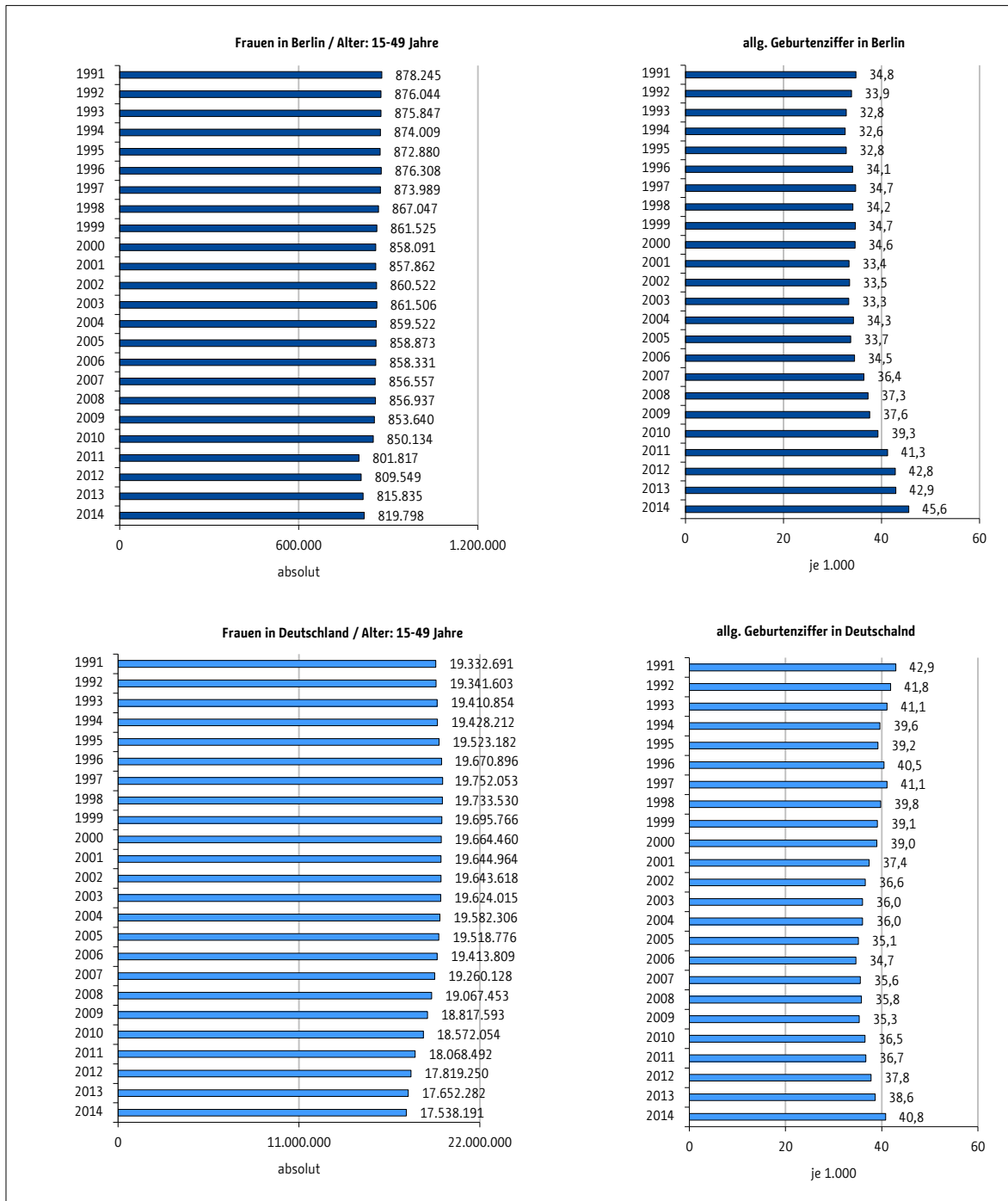
Die Zahl der in **Deutschland** lebenden Personen belief sich im Durchschnitt im Jahr 2014 auf rund **80,98 Millionen**. Das waren ca. 337 Tsd. (0,4 %) mehr als im Vorjahr. Während sich die Zahl der Frauen insgesamt um etwa 110 Tsd. auf nunmehr 41,29 Millionen erhöhte, nahm die der Frauen im gebärfähigen Alter (Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren) um etwa 114 Tsd. (0,6 %) weiter ab und erreichte 2014 ihren bislang niedrigsten Stand.

In **Berlin** lebten im Jahr 2014 im Jahresdurchschnitt rund **3,45 Millionen** Menschen. Damit hat sich die Zahl der Berlinerinnen und Berliner im Vergleich zum Vorjahr um über 47.000 Personen (1,4 %) erhöht. Der Anteil der Frauen betrug 51 %. Knapp **820.000 Berlinerinnen** befanden sich **im gebärfähigen Alter von 15 bis unter 50 Jahren**. Nachdem die Anzahl dieser Frauen seit 1991 stetig zurückgegangen ist, vollzieht sich, anders als im Bundesdurchschnitt, seit 2011 wieder ein konstanter Anstieg. Mit einem Plus von

Abbildung 2.1:

Frauen (Alter: 15-49 Jahre) und allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre) in Berlin und Deutschland 1991-2014

- Frauen absolut, allgemeine Geburtenziffer je 1.000



Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.

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

knapp 4.000 Frauen bzw. 0,5 % fiel dieser im Jahr 2014 jedoch etwas geringer aus als in den Vorjahren. Der in der Abbildung 2.1 deutlich zu erkennende Sprung um nahezu minus 50.000 Frauen von 2010 zu 2011 ist ursächlich auf die Korrektur der Bevölkerungszahlen durch den Zensus 2011 zurückzuführen.

Geburtenziffern

Die **rohe Geburtenziffer** ist als Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen (LG) je 1.000 Einwohner der durchschnittlichen Bevölkerung definiert.

Um zusätzlich die Anzahl und Altersstruktur der Frauen zu berücksichtigen, gibt die **allgemeine Geburtenziffer** die Anzahl der Lebendgeborenen eines Jahres je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren an. Werden in einem Kalenderjahr die Geburten der Frauen im Alter x auf 1.000 Frauen des Alters x bezogen, spricht man von der **altersspezifischen Geburtenziffer**. Die Berechnung erfolgt für alle einzelnen Altersjahre von 15 bis unter 50 und bildet die Grundlage für die Ermittlung der **zusammengefassten Geburtenziffer**, deren Rate die Anzahl der Geburten je Frau unter der Annahme angibt, dass für deren ganzes Leben die altersspezifischen Geburtenziffern des jeweiligen Kalenderjahres gelten.

In den Jahren 2012/2014 betrug die **rohe Geburtenziffer** in der Bundesrepublik **Deutschland** 8,6 Lebendgeborene je 1.000 Einwohner. Damit zählt Deutschland nach wie vor weltweit zu den Ländern mit den niedrigsten Geburtenziffern.

Die Entwicklung der rohen Geburtenziffer verlief in **Berlin** gegenläufig im Vergleich zum Bund. Anfang der neunziger Jahre noch unter dem Bundesniveau liegend, erhöhte sich die Rate seit 2005 stetig und erreichte in dem Zeitraum 2012/2014 mit **10,5 LG je 1.000 Einwohner** den bis dahin höchsten Wert.

Auf Berliner **Bezirksebene** kam es von 1993/1995 bis 2011/2013 in nahezu allen Bezirken zu einem **Anstieg der rohen Geburtenziffer**. Im Zeitraum 2011/2013 wurden die höchsten Werte in Friedrichshain-Kreuzberg (12,9 LG je 1.000 Einwohner), Mitte und Pankow (12,3 ‰ bzw. 12,1 ‰) und die niedrigsten in den Bezirken Steglitz-Zehlendorf (8,0 ‰), gefolgt von Charlottenburg-Wilmersdorf (8,4 ‰) und Reinickendorf (8,6 ‰) ermittelt.

Die **allgemeine Geburtenziffer** betrug im Jahr 2014 in **Deutschland** 40,8 Lebendgeborene je 1.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren. Das war der höchste Wert seit 1997. Für **Berlin** wurde für das Jahr 2014 eine Rate von **45,6 Lebendgeborenen je 1.000 Frauen** ermittelt, die damit deutlich über dem Bundesniveau lag. Bis 2006 verzeichnete Berlin noch eine unter dem Bundesdurchschnitt liegende allgemeine Geburtenziffer, seit 2007 liegt sie darüber. Im Jahr 2014 wurde in der Hauptstadt der höchste Wert seit der Wiedervereinigung Berlins erreicht.

Ein **Anstieg** der allgemeinen Geburtenziffer konnte in allen Berliner **Bezirken** festgestellt werden. Am intensivsten vollzog er sich in Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf, wo sich die Raten von 1993/1995 bis 2011/2013 mehr als verdoppelten. In den Jahren 2011/2013 wiesen Frauen aus Mitte (46,1 LG je 1.000 Frauen), gefolgt von Frauen aus Lichtenberg (45,5 ‰), Neukölln (45,3 ‰) und Marzahn-Hellersdorf (44,5 ‰) die berlinweit höchsten allgemeinen Geburtenziffern auf. Am niedrigsten fiel diese in den Bezirken Charlottenburg-Wilmersdorf, Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (36,9, 37,2 und 38,1 LG je 1.000 Frauen) aus (vgl. Abbildung 2.2).

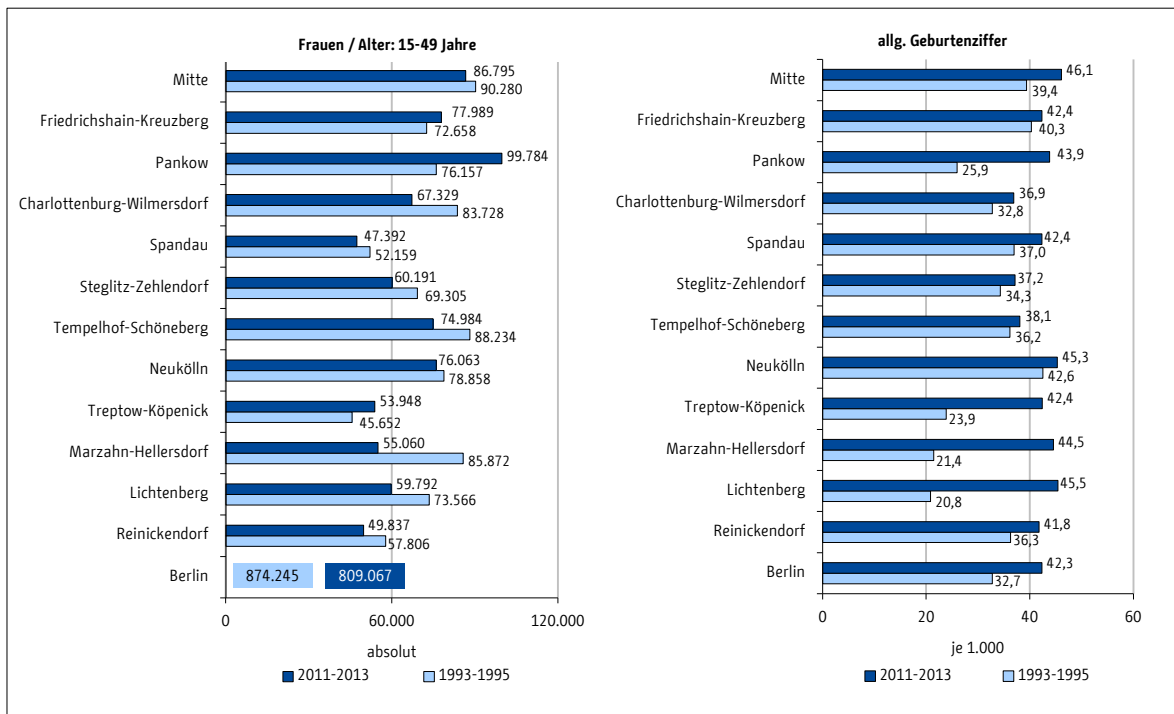
Bezogen auf die **Staatsangehörigkeit** der Frauen, wiesen in **Berlin** lebende Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen eine deutlich höher liegende **allgemeine Geburtenziffer** auf. Im Zeitraum 2011/2013 betrug diese bei den ausländischen Frauen 60,8 LG je 1.000, bei den deutschen Frauen hingegen 38,6 LG je 1.000.

Deutschland gehört seit vielen Jahren weltweit zu den Ländern mit den niedrigsten **zusammengefassten Geburtenziffern**. Im Jahr 2013 verzeichnete Deutschland weltweit die dreizehntniedrigste Rate mit 1,41 Kindern je Frau. Für den Erhalt einer Bevölkerungsgröße auf dem aktuellen Niveau wären derzeit 2,1 Kinder je Frau erforderlich.

Abbildung 2.2:

Frauen (Alter: 15-49 Jahre) und allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre) in Berlin 1993-1995 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

- Frauen absolut, allgemeine Geburtenziffer je 1.000



2011-2013 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.
(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Geburtenüberschuss und Geburtendefizit

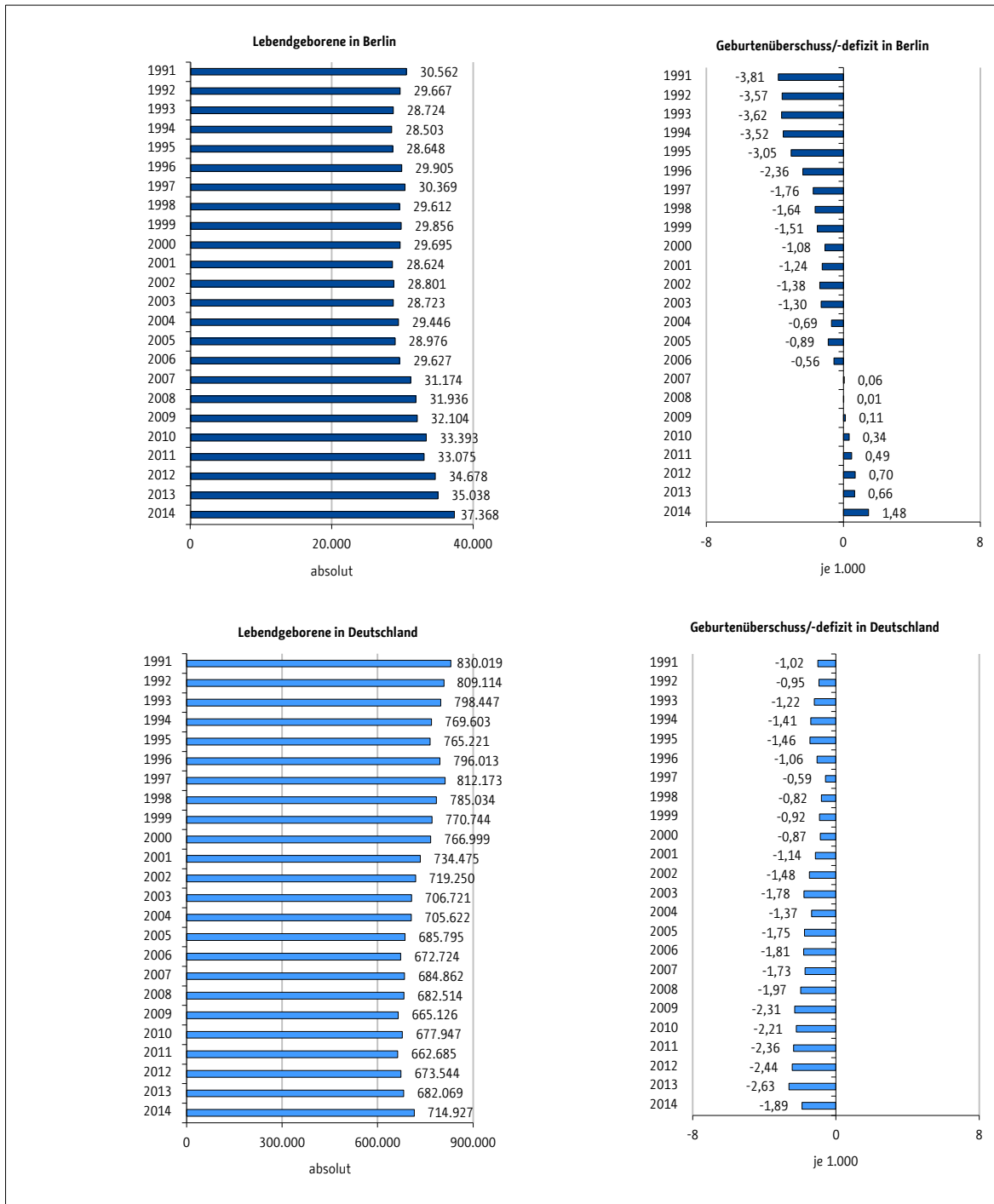
Der Geburtenüberschuss bzw. das Geburtendefizit ergibt sich aus der Differenz der Geburten und Sterbefälle der Bevölkerung. Werden in einem Gebiet in einem bestimmten Zeitraum mehr Kinder geboren als Menschen sterben, wirkt sich dies positiv auf die natürliche Bevölkerungsentwicklung aus.

In der Bundesrepublik **Deutschland** beträgt die Anzahl der Lebendgeborenen nur noch 75 % der Zahl der Gestorbenen (zuletzt ausgeglichene Bilanzen Anfang der siebziger Jahre). Neuesten Zahlen zufolge hat sich die **negative Bilanz** im Jahr 2014 (minus 1,9 je 1.000) erstmals etwas verringert (2013: minus 2,6 je 1.000). Insgesamt wurden 2014 bundesweit 714.927 Kinder lebend geboren (32.897 bzw. 5 % mehr als im Vorjahr), denen 868.373 Gestorbene (25.452 weniger als 2013) gegenüber standen.

In **Berlin** zeichnete sich in den letzten Jahren eine **günstige Bilanz** ab. Bis Mitte der neunziger Jahre verzeichnete Berlin Geburtendefizite von bis zu minus 3,8 je 1.000 Einwohner; seit 2007 Geburtenüberschüsse. Im Jahr 2014 ergab sich in Berlin mit 37.368 Lebendgeborenen (2.330 bzw. knapp 7 % mehr als 2013) und 32.314 Gestorbenen (478 weniger als im Vorjahr) ein **Geburtenüberschuss** von 5.054 Neugeborenen (1,5 je 1.000 Einwohner) (vgl. Abbildung 2.3).

Der **Bundesländervergleich** zeigt, dass nahezu alle Bundesländer **Geburtendefizite** verkraften mussten. Derzeit werden nur in den Stadtstaaten Berlin und Hamburg mehr Kinder geboren als Personen sterben. Sachsen-Anhalt und das Saarland weisen nach wie vor die prozentual stärksten Geburtendefizite auf (vgl. Abbildung 2.4).

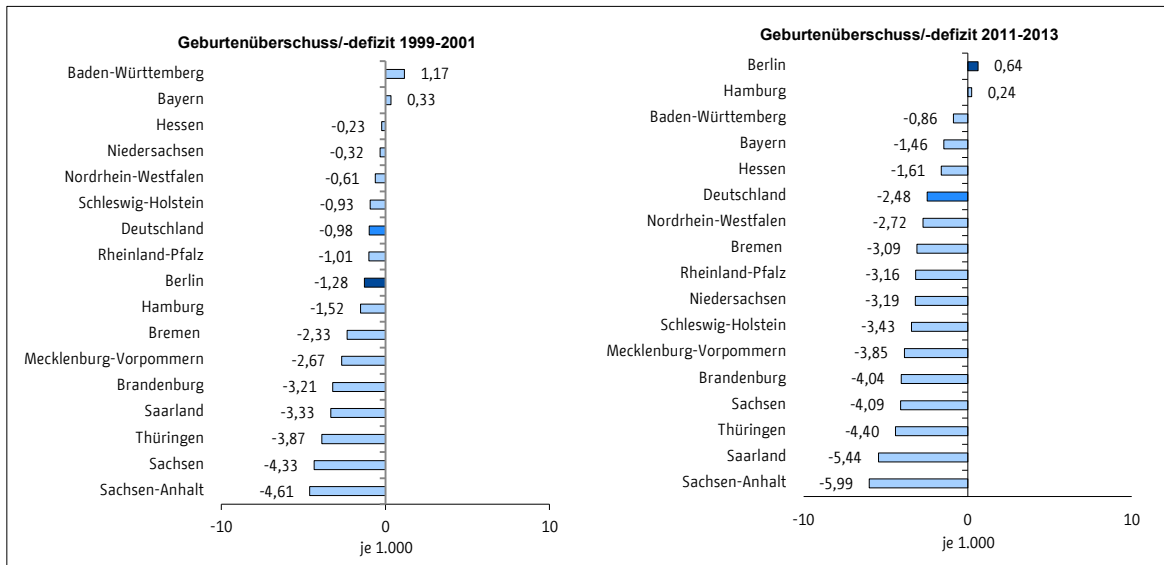
Abbildung 2.3:
Lebendgeborene und Geburtenüberschuss/-defizit in Berlin und Deutschland 1991-2014
 - Lebendgeborene absolut, Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung



Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.
 (Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

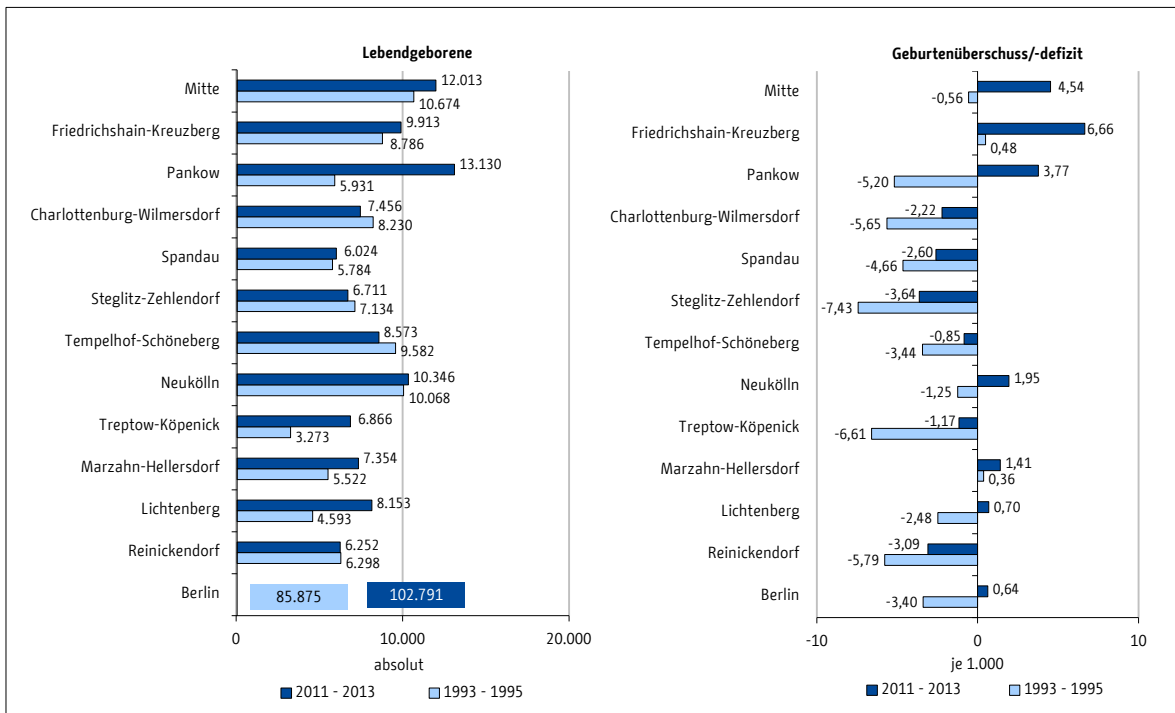
Innerhalb der Berliner **Bezirke** gab es bezüglich der Geburten- bzw. Sterbefallüberschüsse deutliche Unterschiede in Abhängigkeit von der Altersstruktur. **Geburtendefizite** im Zeitraum 2011/2013 ergaben sich beispielsweise in Steglitz-Zehlendorf (minus 3,6 ‰), Reinickendorf (minus 3,1 ‰) und Spandau (minus 2,6 ‰); **Geburtenüberschüsse** konnten in Friedrichshain-Kreuzberg mit 6,7 ‰, Mitte mit 4,5 ‰ und in Pankow mit 3,8 je 1.000 Einwohner ermittelt werden (vgl. Abbildung 2.5).

Abbildung 2.4:
Geburtenüberschuss/-defizit in Deutschland 1999-2001 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
nach Bundesländern
 - je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung



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

Abbildung 2.5:
Lebendgeborene und Geburtenüberschuss/-defizit in Berlin 1993-1995 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken
 - Lebendgeborene absolut, Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung



2011-2013 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.
 (Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Lebend- und Totgeborene

Nach der Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung des Statistischen Bundesamtes sind Lebendgeborene Kinder, bei denen nach der Trennung vom Mutterleib das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat. Totgeborene sind gemäß Personenstandsverordnung (PStV) seit dem 01.04.1994 Kinder, auf die die Merkmale für Lebendgeborene nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt.

Die Statistik weist sowohl lebend- als auch totgeborene Kinder aus. Beide Größen zählen zu den wichtigsten Indikatoren für demografische, medizinische und soziale Fragestellungen.

Im Jahr 2014 belief sich die Zahl der **Lebendgeborenen in Deutschland** auf insgesamt 714.927. Das waren zwar 5 % mehr als im Vorjahr aber immer noch 115.092 bzw. 16 % weniger als 1991, dem Jahr mit den meisten Lebendgeburten nach der Wiedervereinigung.

In **Berlin** wurden im selben Jahr **37.368 Kinder lebend geboren**, die zugleich höchste Zahl seit der Wiedervereinigung der Stadt. Im Jahr 1991 gab es in Berlin 30.562 Lebendgeborene. Das waren 6.806 bzw. fast ein Fünftel weniger als 2014.

Während in **Berlin** bis Mitte der neunziger Jahre bei nur etwa jedem dritten Neugeborenen die Eltern nicht miteinander **verheiratet** waren, trifft dies seit 2008 auf jedes zweite Lebendgeborene zu. Im Vergleich dazu wird derzeit im **Bundesdurchschnitt** rund jedes dritte Kind unehelich geboren.

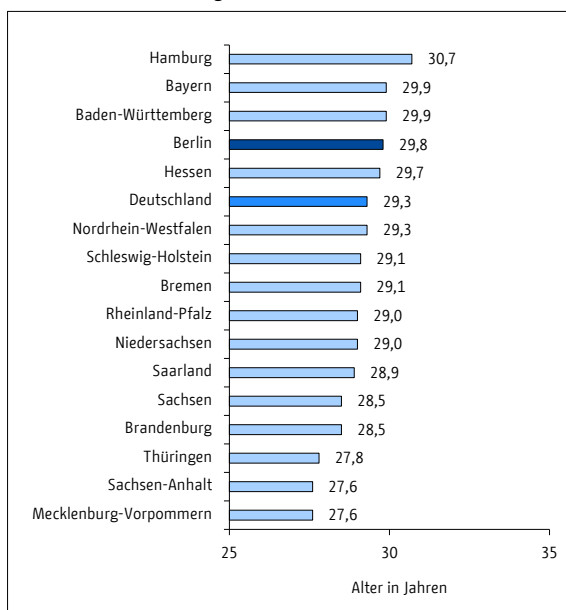
Deutschlandweit gab es 2.597 **Totgeburten** (362 je 100.000 Geborene) im Jahr 2014; in **Berlin** wurden 167 Totgeburten gezählt. Das entsprach einer Rate von 445 je 100.000, die damit über dem Bundesniveau lag.

Geburtenfolge und Alter der Mütter

Angaben zur **Geburtenfolge** stehen gegenwärtig auch im Fokus des demografischen Geschehens, da in Deutschland nach wie vor sowohl das absolute als auch das relative Geburtenniveau niedrig ist. Von den 682.069 im Jahr 2013 in **Deutschland** lebend geborenen Kindern waren 49 % der Neugeborenen die ersten Kinder im Leben ihrer Mutter. Bei etwa jedem dritten (34 %) war es das zweite und bei mehr als jedem zehnten (11 %) das dritte Kind. Lediglich bei knapp jedem zwanzigsten Kind war es das vierte bzw. ein weiteres Kind der Mutter.

In **Berlin** waren im Jahr 2013 rund 53 % aller 35.038 lebend Geborenen die **ersten Kinder der Mütter**. Bei 32 % handelte es sich um deren zweites Kind. Bei fast jedem zehnten Kind (9 %) war es das dritte Kind und bei jedem zwanzigsten Kind hatte die Mutter bereits drei oder mehr Kinder.

Abbildung 2.6:
Durchschnittliches Alter der Mütter (in Jahren) bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland 2013
- biologische Geburtenfolge nach Bundesländern berechnet auf Basis der Zahl der Lebendgeborenen / Alter: 15-49 Jahre



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

Trotz Verschiebung des Alters der Mutter bei der Geburt ihres ersten Kindes in ein höheres Alter sind die Abstände zwischen den Geburten seit vielen Jahren relativ konstant. So kommt in Deutschland jedes zweite Kind innerhalb von 3,3 Jahren nach dem Erstgeborenen zur Welt

In den letzten zehn Jahren nahm das Alter der Frauen bei der Geburt ihres ersten Kindes weiter zu. Im Jahr 2013 bezifferte sich das **durchschnittliche Alter der Mütter bei der Geburt ihres ersten Kindes in Deutschland** auf 29,3 Jahre (vgl. Abbildung 2.6). **Berlinerinnen** lagen mit 29,8 Jahren etwas über dem Bundesdurchschnittswert und gehörten nach Hamburgerinnen (30,7 Jahre) und Frauen aus Baden-Württemberg und Bayern (je 29,9 Jahre) bundesweit zu den Frauen, die im Durchschnitt bei der Geburt ihres ersten Kindes am ältesten waren. Frauen aus den neuen Bun-

desländern bekommen nach wie vor etwas früher ihr erstes Kind; z. B. mit je 27,6 Jahren in Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern.

Die Verschiebung des **durchschnittlichen Alters der Mutter** bei Geburt eines Kindes in ein höheres Lebensalter hat sich in **Berlin** seit Beginn der 2000er Jahre besonders stark vollzogen. Betroffen sind hier vor allem Frauen im dritten Lebensjahrzehnt.

Die mit Abstand größten Veränderungen gab es bei den über 35- bis unter 40-jährigen Berlinerinnen. Im Jahr 2001 waren 4.497 Mütter aus Berlin in einem Alter zwischen **35 und 40 Jahren**, 2013 belief sich die Zahl auf 6.756. Derzeit wird in Berlin jedes fünfte Kind von einer Frau dieses Alters geboren. Über **40-jährigen Frauen** kommt ebenfalls besondere Aufmerksamkeit zu. Mittlerweile wird in Berlin jedes zwanzigste Kind von einer über 40-jährigen Frau geboren (2001: 773 Kinder, 2013: 1.650) (vgl. Abbildung 2.7).

Die Verschiebung des Alters der Mütter bei Geburt eines Kindes konnte in den letzten Jahren in allen **Bezirken** beobachtet werden. In fast allen Bezirken kam es zu einem Anstieg bei den über 30-jährigen Müttern, während es bei den unter 30-jährigen Frauen zu einem starken Rückgang kam (vgl. Abbildungen 2.8 a und b).

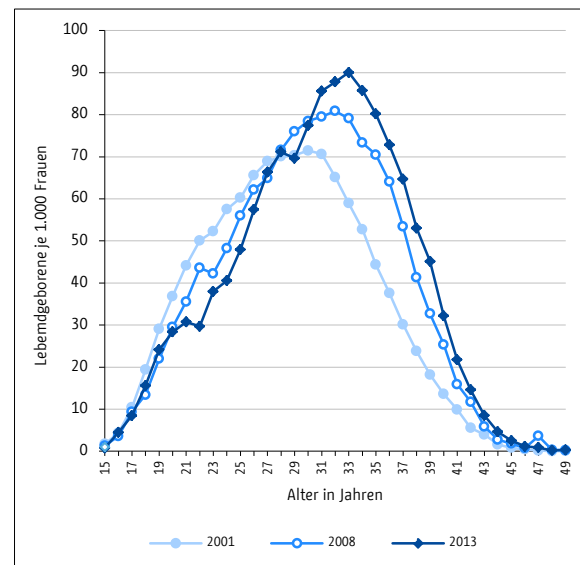
Geburten im **Teenager-** und jungen Erwachsenenalter (**Mütter 15 bis unter 20 Jahren**) sind **eher selten** und in **Berlin** seit Anfang der 2000er Jahre rückläufig. Im Zeitraum 2011/2013 wurden 2.677 Kinder von 15- bis unter 20-jährigen Frauen geboren. Das entsprach einer Rate von knapp 14 LG je 1.000 Frauen. Diese lag aber immer noch erheblich über dem Bundesniveau (47.536 Lebendgeborene bzw. 8 LG je 1.000). 767 der jungen Mütter aus Berlin waren in einem Alter von 15 bis 17 Jahre, weitere 1.910 waren 18 bis 19 Jahre alt.

Geburtsgewicht

Als **Geburtsgewicht** wird das Gewicht eines Neugeborenen nach der Entbindung bezeichnet. Als normal gilt ein Geburtsgewicht zwischen 2.500 g und 4.499 g, ab 4.500 g wird von einem erhöhten Geburtsgewicht gesprochen. Für Geburtsgewichte unter 2.500 g gilt folgende Einteilung: niedriges Geburtsgewicht 1.500 g bis 2.499 g, sehr niedriges Geburtsgewicht 1.000 g bis 1.499 g, extrem niedriges Geburtsgewicht weniger als 1.000 g. Ein sehr niedriges bzw. extrem niedriges Geburtsgewicht kann als Parameter für Frühgeburtlichkeit verwendet werden, die eine der Ursachen für die frühe Neonatalsterblichkeit ist.

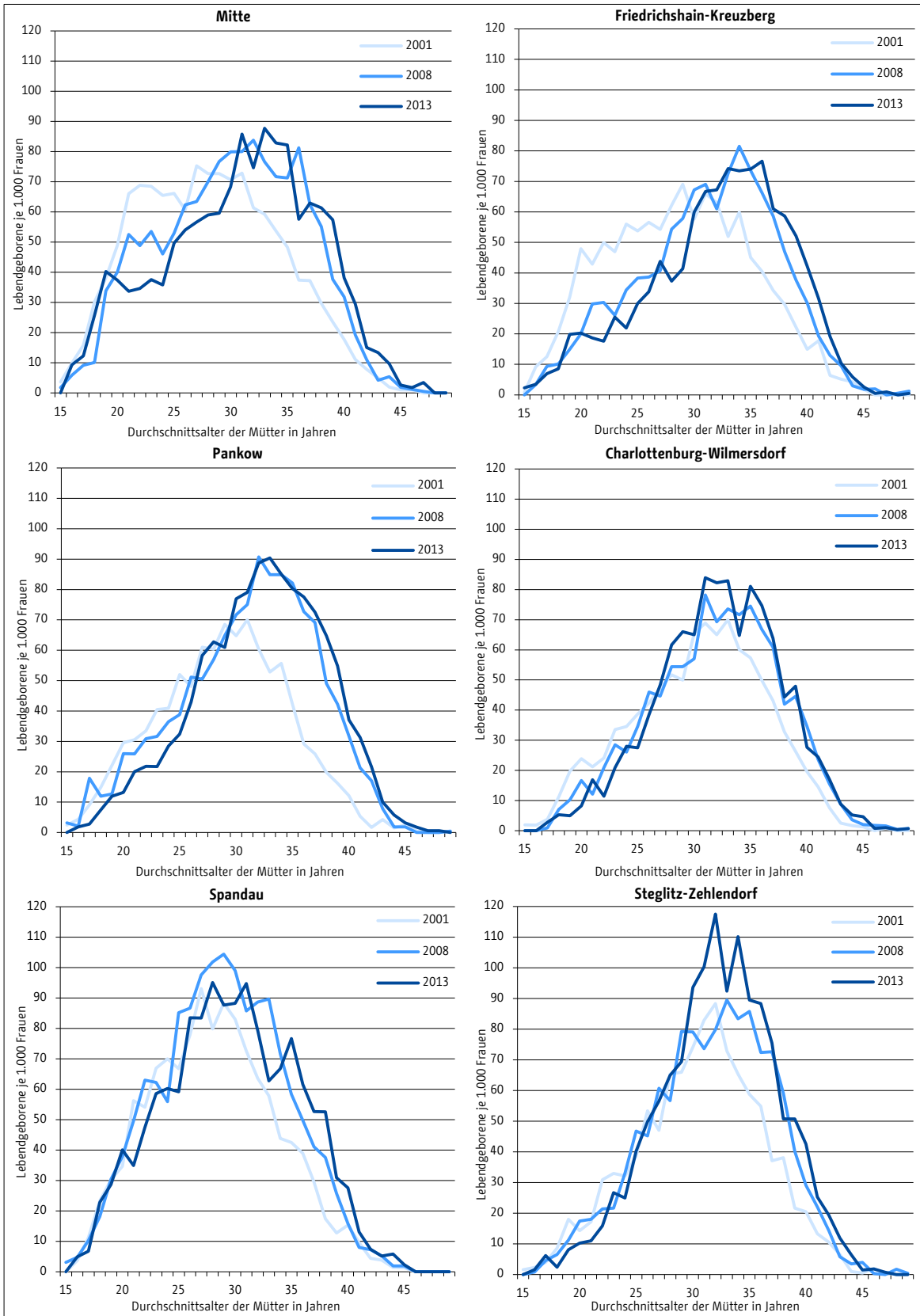
Die Angaben Körpergewicht und Körperlänge von Kindern zum Zeitpunkt der Geburt wurden bis zum 31.12.2013 auf Grundlage des Bevölkerungsstatistikgesetzes (**BevStatG**) erfasst. Im Rahmen der Überarbeitung des Gesetzes zum 01.01.2014 wurde die Erfassung dieser Angaben jedoch aufgehoben, so dass sie daher zukünftig nicht mehr für die Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stehen. Da ab November 2013 aus verfahrenstechnischen Gründen die Angaben nicht mehr vollständig waren, sind die Daten 2013 nur eingeschränkt mit denen der Vorjahre vergleichbar (vgl. Abbildung 2.9 und Tabellen GSI 3.50-1a, 1b) und werden im Weiteren nicht berichtet.

Abbildung 2.7:
Durchschnittliches Alter der Mütter (in Jahren) bei Geburt des Kindes in Berlin 2001, 2008 und 2013
- Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre



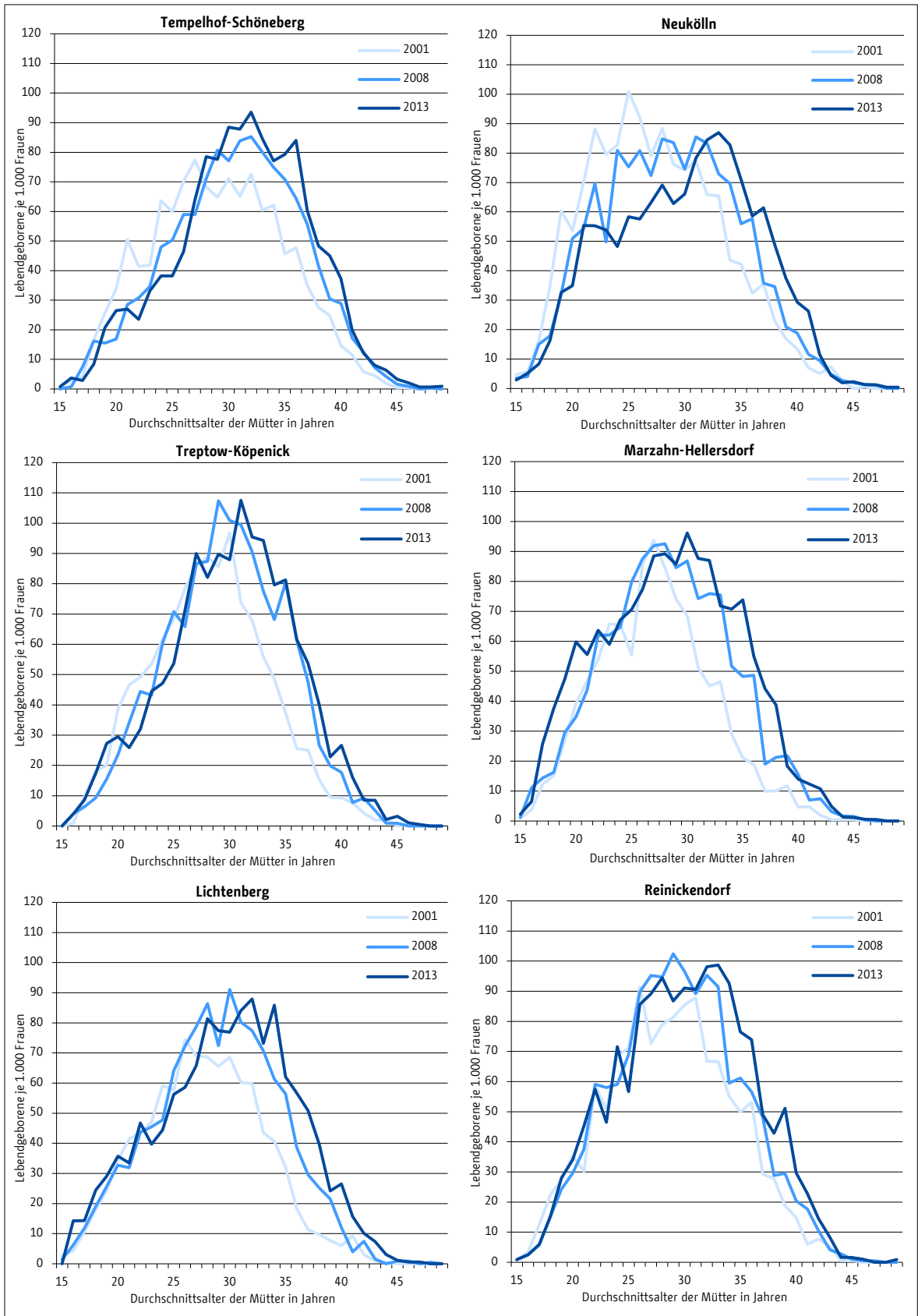
(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2.8 a:
Alterspezifische Geburtenziffer der Frauen insgesamt 2001, 2008 und 2013 in Berlin nach Bezirken
- Lebendgeborene je 1.000 Frauen



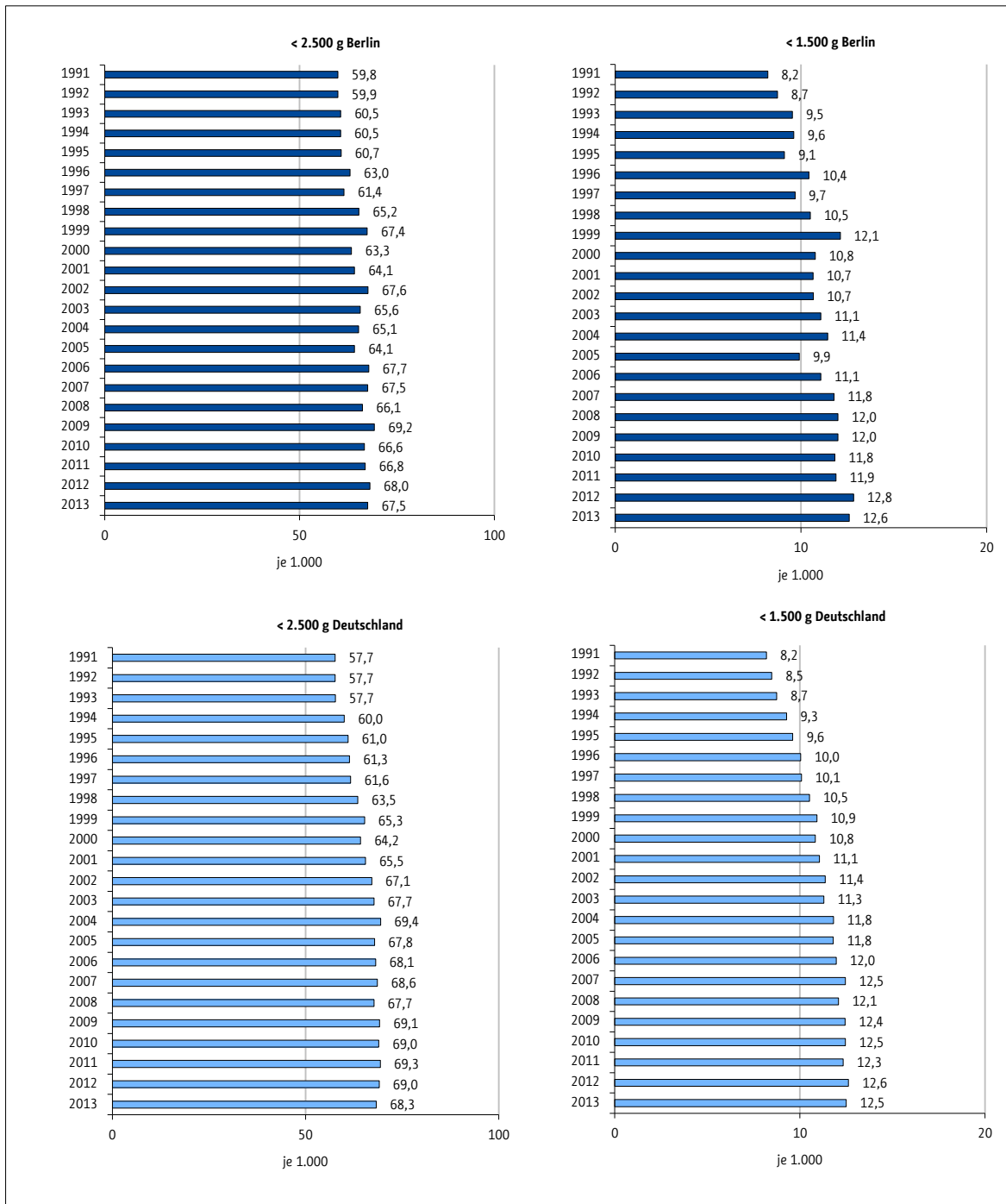
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2.8 b:
Altersspezifische Geburtenziffer der Frauen insgesamt 2001, 2008 und 2013 in Berlin nach Bezirken
- Lebendgeborene je 1.000 Frauen



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

Abbildung 2.9:
Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (in Gramm) in Berlin und Deutschland 1991-2013
 - je 1.000 Lebendgeborene



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

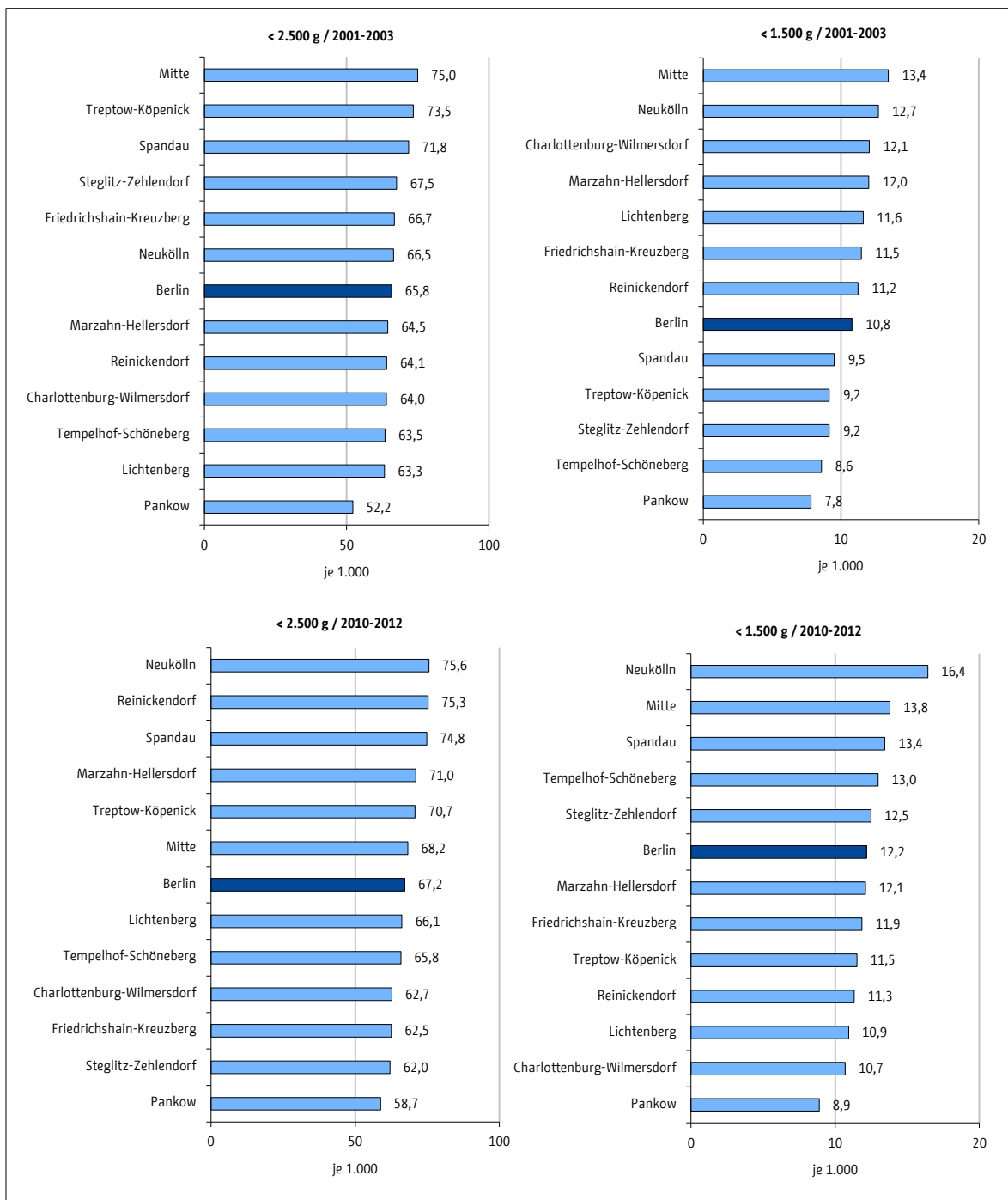
2012 wurden in **Berlin** 2.359 Kinder mit einem Geburtsgewicht von **unter 2.500 g** geboren. Das entsprach einem Anteil von 6,8 % an der Gesamtzahl der geborenen Kinder. Der Anteil der Kinder mit einem niedrigen Geburtsgewicht hat sich seit Anfang der neunziger Jahre bis 2009 kontinuierlich erhöht. Seitdem liegt er jedoch auf etwa gleichbleibendem Niveau.

Auch die Zahl der Neugeborenen, die mit einem Geburtsgewicht von **unter 1.500 g** geboren wurden, hat stetig zugenommen. Im Jahr 2012 kamen in **Berlin** 445 Kinder bzw. 1,28 % aller Lebendgeburten mit diesem sehr niedrigen Gewicht auf die Welt. Das war die bis dahin höchste Zahl. Von diesen Kindern wurden

162 Kinder mit einem Geburtsgewicht von **500–999 g** geboren. Der stärkste Anstieg (um 70 %) wurde jedoch bei Neugeborenen beobachtet, die bei Geburt **weniger als 500 g** wogen (z. B. von 1999 bis 2005: 100 und von 2006 bis 2012: 170) (vgl. Abbildung 2.9).

Seit Anfang der 2000er Jahre konnte eine Zunahme der Anzahl der Berliner Kinder, die mit einem sehr niedrigen Geburtsgewicht (< 1.500 g) auf die Welt kamen, bis auf Charlottenburg-Wilmersdorf und Lichtenberg (minus 11,64 % bzw. 6,05 %) in allen Berliner **Bezirken** festgestellt werden. Am stärksten war die Zunahme in Tempelhof-Schöneberg (51,2 %), gefolgt von Spandau und Steglitz-Zehlendorf (41,1 bzw. 35,9 %) (vgl. Abbildung 2.10).

Abbildung 2.10:
Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (in Gramm) in Berlin 2001-2003 und 2010-2012 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 1.000 Lebendgeborene



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

Im Bezirksvergleich lässt sich ein Zusammenhang von **Sozialstruktur** und einem niedrigen Geburtsgewicht ableiten. Im Zeitraum 2010/2012 war, bis auf Friedrichshain-Kreuzberg, bei Lebendgeborenen aus Berliner Bezirken mit eher negativen Sozialindizes auch ein über dem Berliner Gesamtniveau liegender höherer Anteil an Neugeborenen mit einem niedrigen Geburtsgewicht zu beobachten. Demgegenüber brachten Frauen aus Bezirken mit einer verhältnismäßig guten sozialen Lage eher normalgewichtige Kinder zur Welt.

2.1.2 Mortalität

Mit der Säuglingssterblichkeit (SST) wird die Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder je 1.000 Lebendgeborene angegeben. In Deutschland wird sie in der amtlichen Bevölkerungsstatistik unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung berechnet. Die Gestorbenen werden auf die aus dem gleichen Geburtsmonat bzw. bei jährlichen Angaben aus dem gleichen Geburtsjahr stammenden Lebendgeborenen bezogen (Methode Rahts). Schwankungen der Geborenenzahlen wirken sich dadurch nicht mehr auf die Säuglingssterblichkeit aus.

Die SST zählt zu den maßgebenden Indikatoren zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und zur Beurteilung der medizinischen Betreuung von Schwangeren und Neugeborenen. Die SST wird unterteilt in die

- frühe Neonatalsterblichkeit (Frühsterblichkeit) unterhalb des 7. Lebenstages
- späte Neonatalsterblichkeit (Spätsterblichkeit) zwischen dem 7. bis 27. Lebenstag und
- Postneonatalsterblichkeit (Nachsterblichkeit) zwischen dem 28. Lebenstag und vor dem Tag vor dem 1. Geburtstag.

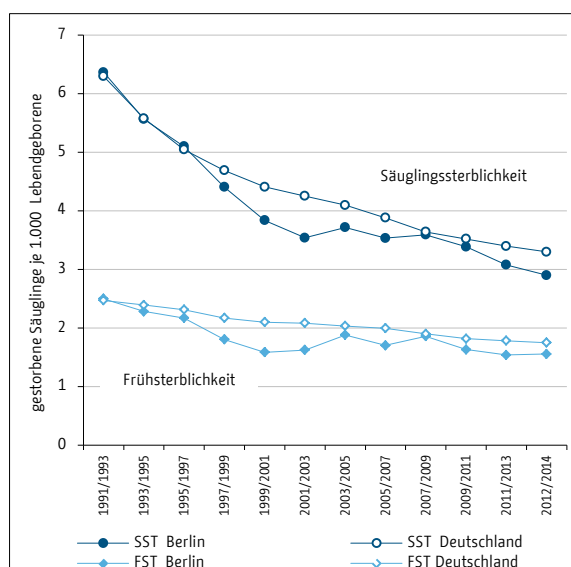
Säuglingssterblichkeit

Im Jahr 2014 starben in **Deutschland** insgesamt 2.284 Säuglinge. Das entsprach einer Rate von 3,2 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene und dem bis dahin niedrigsten Wert. Demgegenüber bezifferte sich die **Säuglingssterblichkeit** (SST) im genannten Jahr in **Berlin** (insgesamt 103 Sterbefälle) auf **2,8 je 1.000**

und lag damit 14 % unter dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 2.11). Bundesweit ging die Mortalitätsrate der unter Einjährigen von 1991 bis 2014 um 48 %, in Berlin sogar um 55 % zurück. Seit Jahren zählt Berlin zu den Bundesländern mit den niedrigsten Mortalitätsziffern (vgl. Abbildungen 2.11 und 2.12).

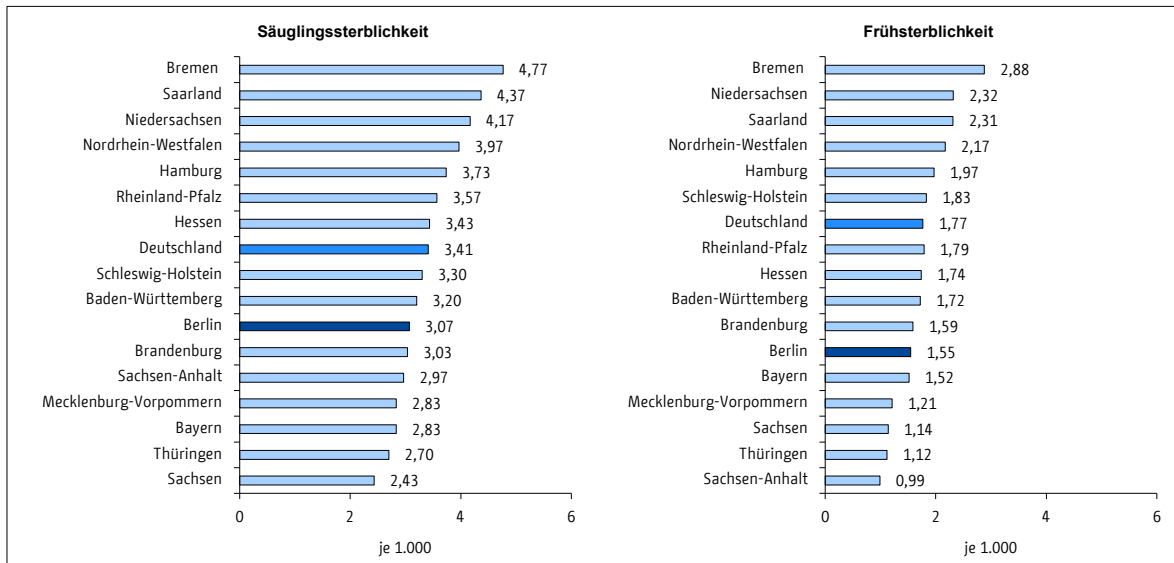
Der seit Anfang der neunziger Jahre zu beobachtende **Rückgang der Säuglingssterblichkeit** konnte in allen Berliner **Bezirken** festgestellt werden. Am stärksten vollzog er sich in Charlottenburg-Wilmersdorf (minus 74 %), Marzahn-Hellersdorf (71 %), Pankow (69 %) und Lichtenberg (67 %), während er in Neukölln, Reinickendorf und Spandau deutlich schwächer ausfiel (minus 20 %, 29 % und 34 %). Die höchste Sterberate der unter Einjährigen wies im Zeitraum 2011/2013 Neukölln auf. In diesem Bezirk lag die Säuglingssterblichkeit mit 5,6 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene 80 % über dem Gesamtberliner Niveau (3,1 ‰)

Abbildung 2.11:
Säuglingssterblichkeit (SST), darunter Frühsterblichkeit (FST) in Berlin und Deutschland 1991-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
- gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene



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

Abbildung 2.12:
Säuglingssterblichkeit (darunter Frühsterblichkeit) in Deutschland 2011-2013 (zusammengefasst)
nach Bundesländern
 - je 1.000 Lebendgeborene



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

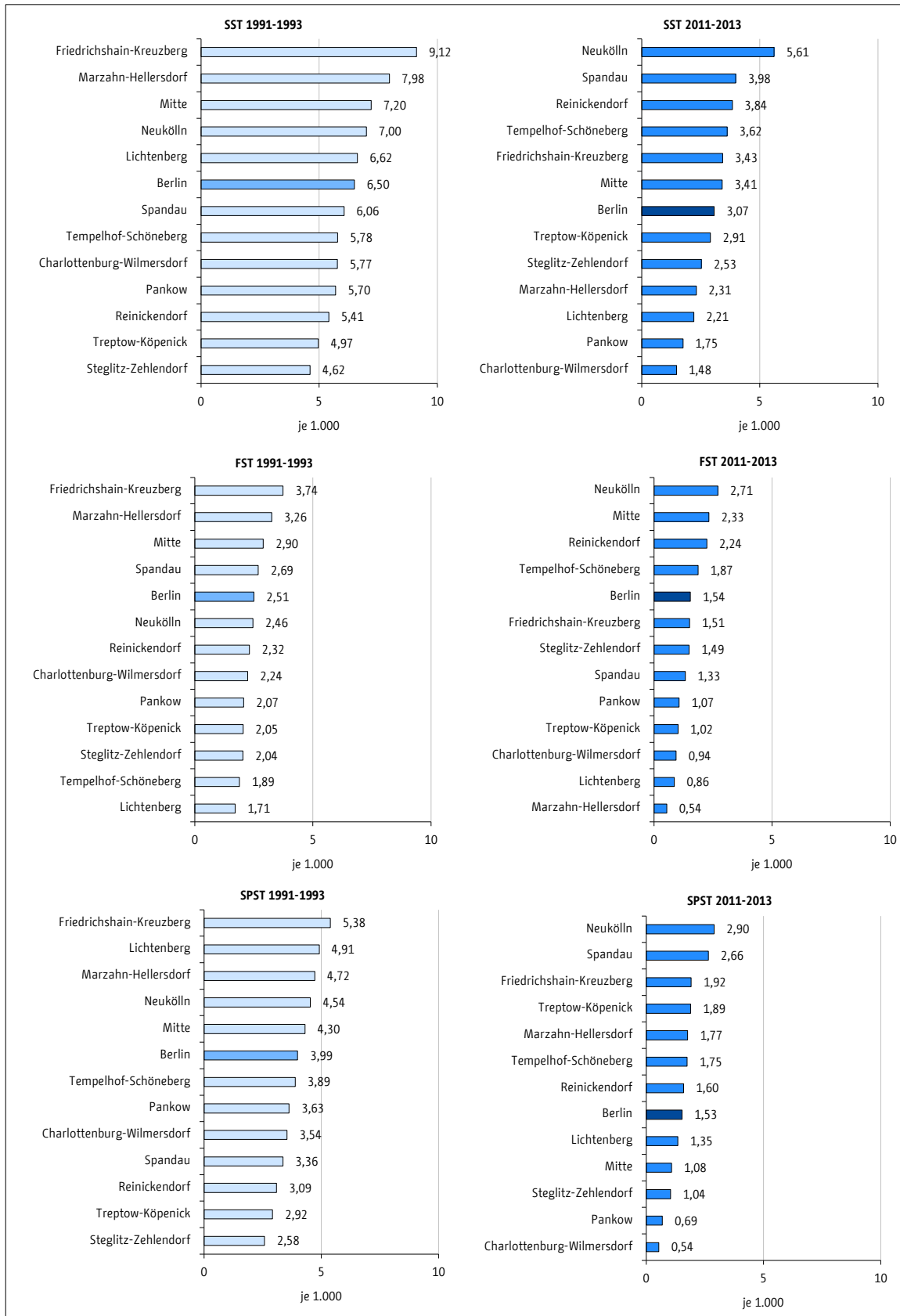
und war fast viermal so hoch wie in Charlottenburg-Wilmersdorf (1,5 ‰), dem Bezirk mit der von allen Berliner Bezirken niedrigsten SST (vgl. Abbildung 2.13).

Die Säuglingssterblichkeit weist einen Zusammenhang mit der **sozialen Lage** in den jeweiligen Berliner Bezirken auf. Bezirke mit einer eher schlechten sozialen Lage hatten eine höhere Mortalitätsrate, während in Bezirken mit einer vergleichsweise guten Sozialstruktur (z. B. Charlottenburg-Wilmersdorf, Pankow, Steglitz-Zehlendorf) eine deutlich unter dem Berliner Durchschnittsniveau liegende SST beobachtet wurde. Bei der Betrachtung der **Säuglingssterblichkeit nach Staatsangehörigkeit des Kindes** ist die seit dem Jahr 2000 bestehende veränderte Gesetzeslage zu berücksichtigen. Nach dem am 01.01.2000 in Kraft getretenen Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) erhält die Mehrheit der in Deutschland geborenen Kinder ausländischer Eltern die deutsche Staatsbürgerschaft, so dass in der Folge die Zahl der Lebendgeborenen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit stark abgenommen hat. Die neuen Passverhältnisse geben nur unzureichend Aufschluss über einen etwaigen Migrationshintergrund des Kindes und den potentiellen Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit. Der Anstieg in der Sterblichkeit ausländischer Säuglinge zwischen 1997/1999 und 1999/2001 sowohl auf gesamtdeutscher Ebene als auch in Berlin ist somit auf die veränderte Bezugsgröße der ausländischen Population und nicht auf eine faktische Zunahme der Sterbefälle zurück zu führen. Insgesamt liegt die Säuglingssterblichkeit ausländischer, in Deutschland geborener Kinder nach wie vor etwas höher als die deutscher Kinder, wobei der Unterschied zwischen den beiden Gruppen in Berlin kleiner ist als auf Bundesebene (vgl. Abbildung 2.14).

Die **Frühsterblichkeit** (Gestorbene in den ersten sieben Lebenstagen) hat nach wie vor den höchsten und bedeutendsten Anteil an der Gesamtmortalität im Säuglingsalter. In den letzten Jahren (2012/2014) gingen in Deutschland insgesamt 56 % und in Berlin 53 % der Säuglingssterblichkeit zu Lasten der Frühsterblichkeit.

Im Zeitraum 2012/2014 starben in **Deutschland** 3.759 Säuglinge innerhalb ihrer ersten Lebenswoche (1,8 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene). In **Berlin** wurden 167 Sterbefälle registriert. Mit einer Sterberate von 1,6 ‰ lag diese etwa 10 % unter dem Bundesdurchschnitt. Berlin zählt dank seiner hervorragenden neonatologischen Versorgungsstruktur seit vielen Jahren zu den Bundesländern mit den günstigsten Sterbeverhältnissen.

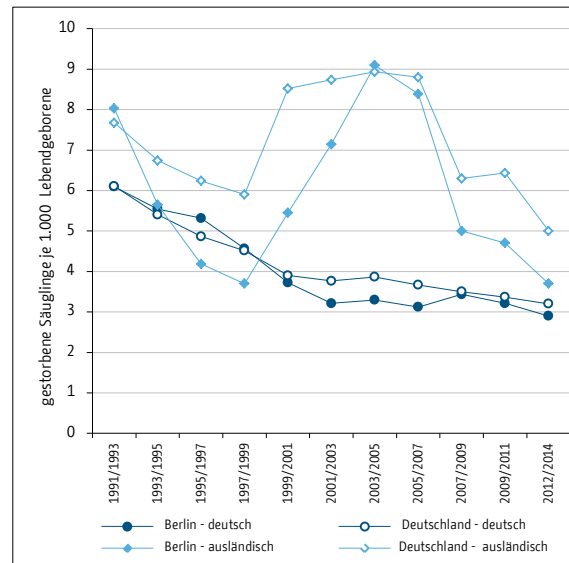
Abbildung 2.13:
Säuglingssterblichkeit (SST), darunter Frühsterblichkeit (FST) und Spätsterblichkeit (SPST) in Berlin 1991-1993 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken
 - je 1.000 Lebendgeborene



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

Auf Berliner **Bezirksebene** ging die **Frühsterblichkeit** seit Anfang der neunziger Jahre in den meisten Bezirken zurück. In Marzahn-Hellersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg und Charlottenburg-Wilmersdorf (minus 83 %, 60 % bzw. 58 %) fiel der Rückgang am stärksten aus. Zu einem Anstieg kam es im Bezirk Neukölln. Mit einer Rate von 2,7 je 1.000 Lebendgeborene wies dieser Bezirk im Zeitraum 2011/2013 von allen Berliner Bezirken die mit Abstand höchste Sterberate auf. Aber auch in Mitte und Reinickendorf (2,3 % bzw. 2,2 %) lag sie deutlich über dem Berliner Durchschnittswert (1,5 je 1.000 Lebendgeborene). Die mit Abstand niedrigste Frühsterblichkeit wurde in Marzahn-Hellersdorf (0,5 ‰), gefolgt von Lichtenberg und Charlottenburg-Wilmersdorf (je 0,9 ‰) beobachtet.

Abbildung 2.14:
Säuglingssterblichkeit in Berlin und Deutschland 1991-2014
(jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit
- gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene



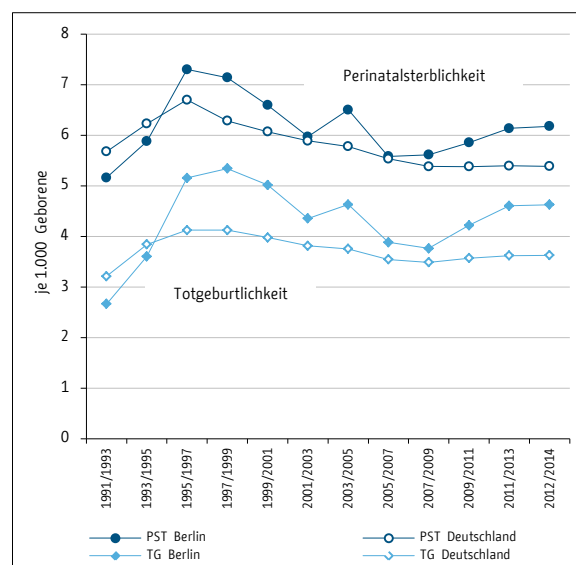
(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Perinatalsterblichkeit

Die Perinatalsterblichkeit definiert die Sterblichkeit der Neugeborenen „um die Geburt herum“, d. h. vor, während und in den ersten sieben Tagen nach der Geburt. Einbezogen werden die Totgeburten und die in der ersten Lebenswoche gestorbenen Säuglinge (Frühsterblichkeit, siehe vorhergehenden Abschnitt). Die Zahl der in einem definierten Zeitraum aufgetretenen perinatalen Sterbefälle wird je 1.000 der Geborenen angegeben.

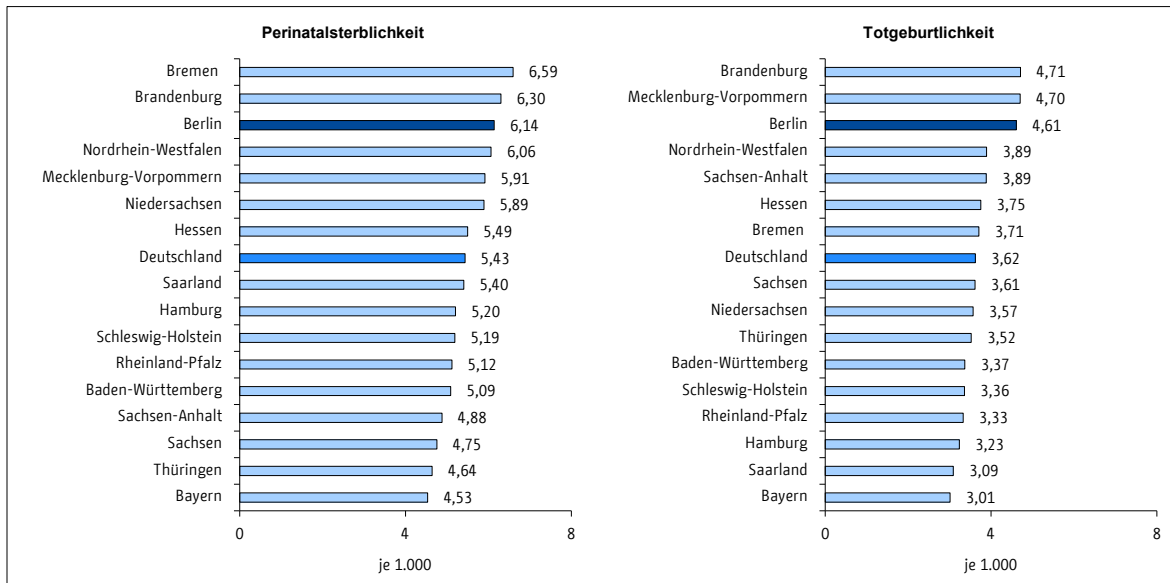
Mit Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 1.4.1994 und der dazugehörigen Ausführungsverordnung wurden totgeborene Kinder mit einem Geburtsgewicht ab 500 g nicht länger als Fehlgeburten (die nicht personenstandsrechtlich erfasst wurden), sondern als Totgeburten, die in das Sterbeprotokoll des zuständigen Meldeamts einzutragen sind, erfasst. Aufgrund dieser Definitionsänderung stieg die **Perinatalsterblichkeit** (Frühsterblichkeit und Totgeburten) in **Berlin**, wie auch in Deutschland insgesamt, von 1991/1993 bis 1995/1997 überproportional an. Erheblichen Schwankungen unterlegen, erreichte sie in Berlin 2012/2014 mit insgesamt 665 Fällen eine Rate von 6,2 je 1.000 Geborene, die 15 % über dem Bundesniveau (5,4 je 1.000 Geborene) lag (vgl. Abbildung 2.15).

Abbildung 2.15:
Perinatalsterblichkeit (PST), darunter Totgeburten (TG) in Berlin und Deutschland 1991-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
- je 1.000 Geborene



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

Abbildung 2.16:
Perinatalsterblichkeit (darunter Totgeburtlichkeit) in Deutschland 2011-2013 (zusammengefasst)
nach Bundesländern
 - je 1.000 Geborene



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

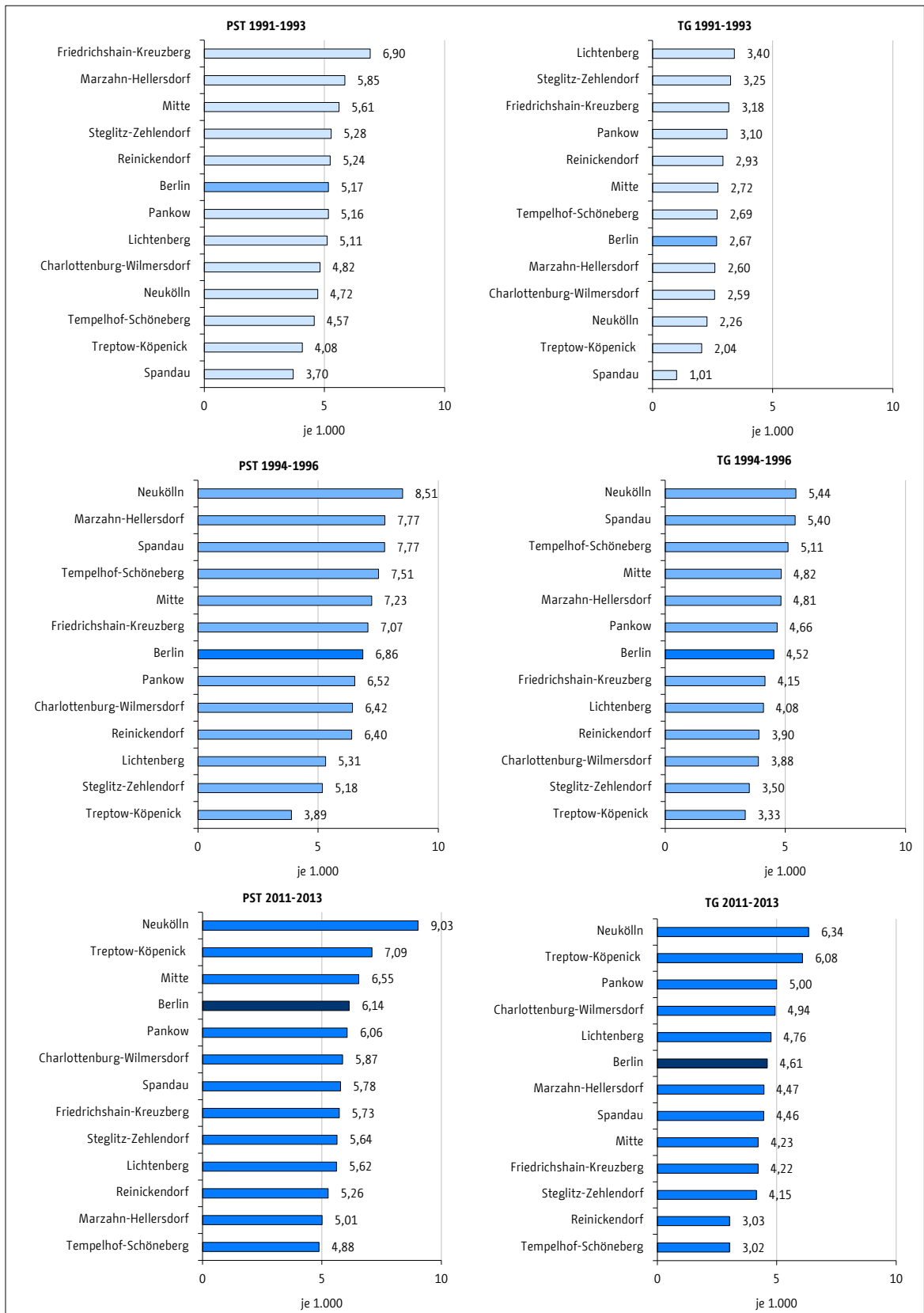
Berlin zählt nach wie vor zu den Bundesländern mit der höchsten PST. Im Zeitraum 2011/2013 verzeichnete Berlin mit 6,1 ‰ nach Bremen (6,6 ‰) und Brandenburg (6,3 ‰) den dritthöchsten Wert. Am niedrigsten fiel die PST in dieser Zeit in Bayern und Thüringen aus (4,5 ‰ bzw. 4,6 ‰) (vgl. Abbildung 2.16).

Bezogen auf die **Staatsangehörigkeit** lag die Perinatalsterblichkeit in Berlin im gesamten Beobachtungszeitraum innerhalb der ausländischen Population erheblich über der der deutschen. Während sie sich bei der deutschen Population in den letzten Jahren auf 5,9 je 1.000 Geborene bezifferte, lag sie bei der ausländischen bei 8,9 ‰ und damit 52 % höher.

Mit der Gesetzesänderung des PStG kam es in nahezu allen Berliner **Bezirken** zu einem teilweise sogar sehr starken Anstieg der PST (ausschließlich zu Lasten der Totgeburtlichkeit). Die berlinweit mit Abstand höchste PST wurde im Zeitraum 2011/2013 in Neukölln (9,0 Fälle je 1.000 Geborene), Treptow-Köpenick und Mitte (7,1 ‰ bzw. 6,6 ‰) ermittelt. Demgegenüber wurden die niedrigsten Werte in Tempelhof-Schöneberg, Marzahn-Hellersdorf und Reinickendorf (4,9; 5,0 bzw. 5,3 je 1.000) beobachtet (vgl. Abbildung 2.17).

Seit der Novellierung des PStG stellt die **Totgeburtlichkeit** (TG) den größten Anteil an der Perinatalsterblichkeit. Die Totgeburtlichkeit liegt in **Berlin** nach wie vor deutlich über dem Bundesniveau. Mit einer Rate von 4,6 je 1.000 Geborene lag sie im Zeitraum 2012/2014 rund 28 % über dem Wert für **Deutschland** insgesamt (3,6 je 1.000). Drei Viertel aller perinatalen Sterbefälle gehen derzeit in Berlin zu Lasten einer Totgeburt. Ursächlich dafür ist der hohe Anteil an Totgeborenen mit einem Geburtsgewicht von 500 bis 999 g. Dieser betrug im Zeitraum 2011/2013 in **Berlin** mit 218 von insgesamt 476 Totgeburten ca. 46 %.

Abbildung 2.17:
Perinatalsterblichkeit (PST), darunter Totgeburtlichkeit (TG) in Berlin 1991-1993, 1994-1996 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken
 - je 1.000 Geborene



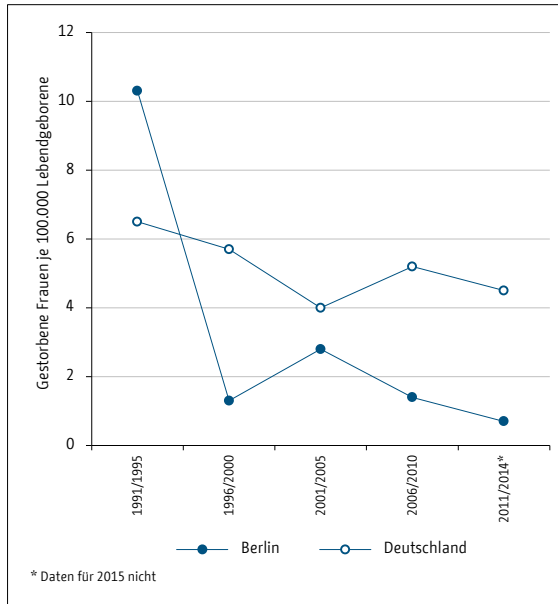
(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - IA -)

Müttersterblichkeit

Unter Müttersterblichkeit wird der Tod einer Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft aufgrund von Ursachen, die in Beziehung zur Schwangerschaft oder deren Behandlung stehen oder

durch diese verschlechtert werden, verstanden. Sterbefälle von schwangeren Frauen, die durch Unfälle oder zufällige Ereignisse verursacht werden, zählen nicht zur Müttersterblichkeit.

Abbildung 2.18:
Müttersterblichkeit (ICD-10 Nrn.: 000-092 und 098-099) in Berlin und Deutschland 1991-2014 (jeweils fünf Jahre zusammengefasst) - Gestorbene Frauen je 100.000 Lebendgeborene



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

Deutschland gehört weltweit zu den Ländern mit der **niedrigsten Müttersterblichkeit**. In den letzten 10 Jahren starben in **Deutschland** insgesamt 363 Frauen an Todesursachen, die im Zusammenhang mit einer Schwangerschaft und Geburt standen. Das entsprach einer Mortalitätsrate von 4,8 Sterbefällen je 100.000 Lebendgeborene. In **Berlin** wurden im genannten Zeitraum nur sechs Sterbefälle bekannt. Das entsprach einer Sterberate von 1,7 Fällen je 100.000 LG. Im gesamten Beobachtungszeitraum (1991 bis 2014) wurden deutschlandweit 916 Sterbefälle gemeldet, von denen lediglich 24 bzw. 2,6 % der gestorbenen Frauen aus Berlin stammten (vgl. Abbildung 2.18).

Todesursachenspezifische Sterblichkeit im Säuglingsalter

Im Säuglingsalter wird das **Todesursachenspektrum** von nur wenigen Diagnosen geprägt. In den letzten Jahren (2012/2014) wurden in **Berlin** 87 (28 %) der insgesamt 314 gestorbenen Säuglinge mit einem extrem niedrigen Gewicht bzw. nach einer kurzen Schwangerschaftsdauer geboren, waren demzufolge Frühgeborene. An zweiter Stelle des Sterbegeschehens (insgesamt 31 Todesfälle bzw. 10 %) standen unbekannte bzw. nicht genau bezeichnete Todesursachen (ICD-10 Nr. R99). Damit war es nicht möglich, für jeden Säugling eine zutreffende Todesursache zu ermitteln.

Auf Rang drei rangierte der **plötzliche Kindstod** (SIDS- Sudden Infant Death Syndrome). Mit insgesamt 18 Todesfällen stellte dieser in **Berlin** in den letzten Jahren einen Anteil von 6 % an der Gesamtmortalität im Säuglingsalter. **Bundesweit** belegte der SIDS im Zeitraum 2012/2014 mit 402 Todesfällen Platz zwei. Der Rückgang der Sterblichkeit infolge des plötzlichen Kindstodes bezifferte sich in **Deutschland** von 1992/1994 (2.541 Sterbefälle bzw. 1,07 je 1.000 Lebendgeborene) bis 2012/2014 (402 bzw. 0,19 je 1.000) auf 82 %. In **Berlin** ging die Sterblichkeit an SIDS in etwa gleichem Maße wie im Bundesdurchschnitt zurück (1992/1994: 83 Sterbefälle bzw. 0,95 je 1.000; 2012/2014: 18 bzw. 0,17 je 1.000) und erreichte im Zeitraum 2012/2014 sowohl in Deutschland insgesamt als auch in Berlin den bis dahin niedrigsten Stand.

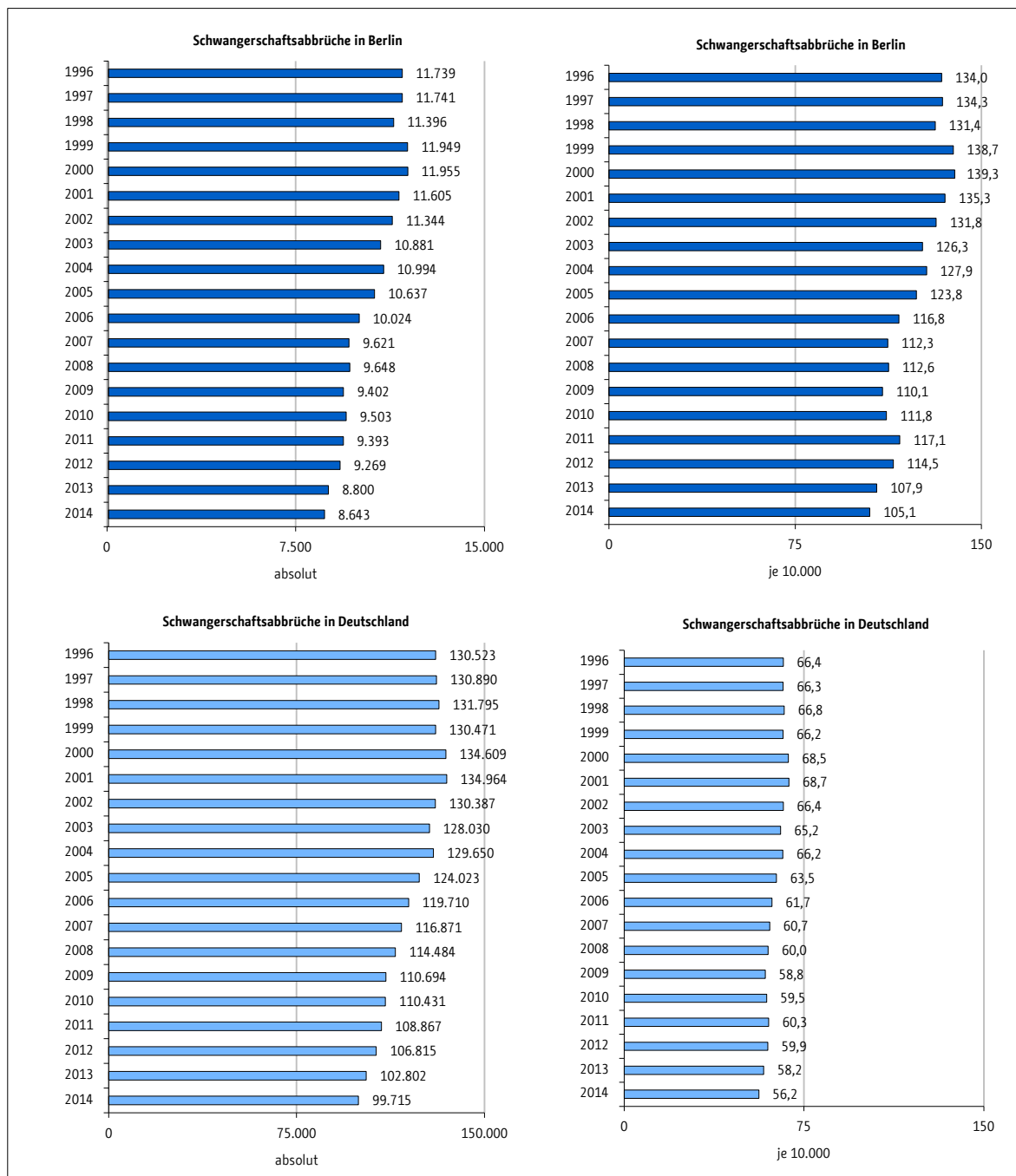
2.2 Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett

2.2.1 Schwangerschaftsabbrüche

Eine Schwangerschaft kann in Deutschland bis zu zwölf Wochen nach der Empfängnis mittels eines operativen Eingriffs bzw. medikamentös abgebrochen werden. Bundesweit gilt seit dem 1. Januar 1996 eine einheitliche **gesetzliche Regelung** zu den §§ 218 und 219 StGB die besagt, dass Schwangerschaftsabbrüche nicht strafbar sind, wenn die Schwangerschaft innerhalb der ersten zwölf Wochen durch eine Ärztin oder einen Arzt bei Vorlage einer Bescheinigung über eine Schwangerschaftskonfliktberatung abgebro-

Abbildung 2.19:

Schwangerschaftsabbrüche (alle Altersgruppen) in Berlin und Deutschland (Wohnortprinzip) 1996-2014
- absolut und je 10.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre



Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011. Für 2014 vorläufig berechnet auf die fortgeschriebene Bevölkerung von 2013. .
(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

chen wird (Beratungsregelung). Zudem sind auch Schwangerschaftsabbrüche bei einer medizinischen oder kriminologischen Indikation nicht rechtswidrig (Indikationenstellung).

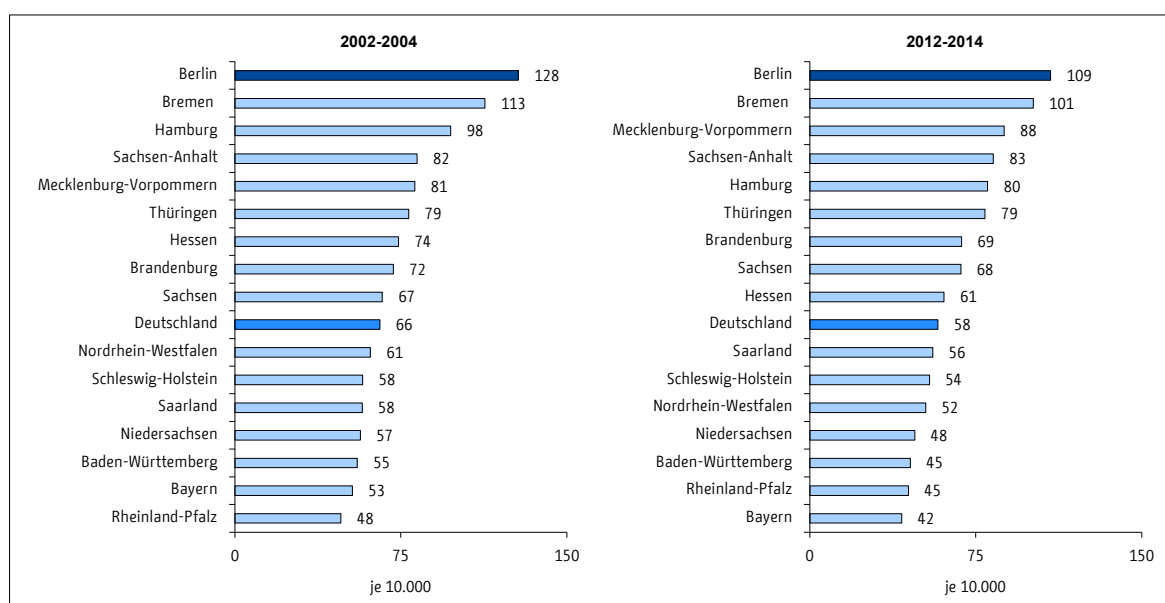
Ein Sonderfall ist der so genannte Fetozid. Ein **Fetozid** ist die absichtliche Tötung eines bzw. mehrerer Feten im Mutterleib. Er wird in der Regel im Zuge von medizinisch indizierten, so genannten Spätabbrüchen, vorgenommen, wenn der Schwangerschaftsabbruch im Falle eines potentiell lebensfähigen Feten z. B. jenseits der 24. Schwangerschaftswoche vorgenommen werden soll. Neben der bereits beschriebenen medizinischen Indikation, kann ein Fetozid auch zur Reduktion einer Mehrlingsschwangerschaft vorgenommen werden, wenn eine entsprechende belastbare medizinische Indikation vorliegt, z. B. eine Gefahr für das Leben der anderen Feten besteht. Ein Fetozid zur Reduktion einer Mehrlingsschwangerschaft ist ethisch jedoch durchaus umstritten.

Alle Schwangerschaftsabbrüche durchführenden Einrichtungen (Arztpraxen, ambulante und stationäre Einrichtungen) unterliegen der Verpflichtung, sämtliche vorgenommene Schwangerschaftsabbrüche zu melden. Die Erhebung und Auswertung der in Deutschland durchgeführten und gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche erfolgt ebenfalls seit Januar 1996. Mit dem im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz (SFHÄndG) geregelten Recht eines Schwangerschaftsabbruchs wurde die Statistik auf eine neue Grundlage gestellt. Vergleiche zu Auswertungen aus früheren Jahren sind deshalb nicht sinnvoll.

Insgesamt wurden im Jahr 2014 in **Deutschland** 99.715 **Schwangerschaftsabbrüche** durchgeführt. Das entsprach einer Rate von 56 Abbrüchen je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren. Die Rate ging bundesweit seit 1996 um 15 % zurück und erreichte im Jahr 2014 ihren bis dahin niedrigsten Stand.

In **Berlin** wurde im Jahr 2014 bei 8.643 Berlinerinnen eine Schwangerschaft abgebrochen. Mit einer Rate von **105 je 10.000 der 15- bis unter 50-Jährigen** erreichte diese ebenfalls ihren bis dahin niedrigsten Wert. Obwohl in Berlin ein stärkerer Rückgang als im Bundesdurchschnitt zu beobachten war, wiesen Berlinerinnen im Vergleich zu Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet eine annähernd doppelt so hohe Rate auf. Derzeit betrifft fast jeder zehnte **Schwangerschaftsabbruch** eine Frau aus Berlin (vgl. Abbildung 2.19).

Abbildung 2.20:
Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2002-2004 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
nach Bundesländern (Wohnortprinzip)
- je 10.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre



2012-2014 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.
(Datenquelle: StBA, Destatis / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Im **Bundesländervergleich** lassen Berlinerinnen, gefolgt von Frauen aus Bremen, am häufigsten einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen; am seltensten Frauen aus Bayern, Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg. Höhere Abbruchquoten haben nach wie vor Frauen aus den neuen Bundesländern (vgl. Abbildung 2.20).

Die Hälfte aller **Berlinerinnen**, die im Jahr 2014 einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen ließen, waren im **Alter** von 25 bis unter 35 Jahren; jede Vierte im Alter von 18 bis unter 25 Jahren; minderjährig waren lediglich 236 Berliner Mädchen. 43 % der Berlinerinnen, die sich 2014 einem Schwangerschaftsabbruch unterzogen, hatten noch **kein Kind** geboren. Nahezu jede vierte Frau hatte jedoch bereits ein Kind und jede fünfte zwei Kinder. Fast zwei Drittel aller Berlinerinnen, die 2014 einen Abbruch vornehmen ließen, war ledig (vgl. Abbildung 2.21).

Die **Beweggründe** für einen Schwangerschaftsabbruch sind vielfältig. Unter Berücksichtigung von Mehrfachnennungen gaben im Jahr 2014 in **Berlin** 41 % der Frauen familiäre bzw. partnerschaftliche Probleme als Hauptkonfliktgrund an; mehr als ein Drittel Ausbildungs- bzw. Arbeitsplatzprobleme und etwa jede dritte Frau wirtschaftliche Probleme. Aber auch die körperliche und seelische Gesundheit hat einen hohen Stellenwert und wurde von etwa jeder fünften Berlinerin als Grund genannt (weitere Daten dazu unter: www.gsi-berlin.info).

Im Jahr 2014 wurde bei 551 Frauen aus **Deutschland** ein **Fetozid** durchgeführt. Das entsprach einer Rate von 0,31 je 10.000 Frauen im Alter von 15 bis unter 50 Jahren. Bei mehr als jeder zehnten betroffenen Frau handelte es sich um eine Reduktion einer Mehrlingsschwangerschaft (insgesamt 66 Eingriffe).

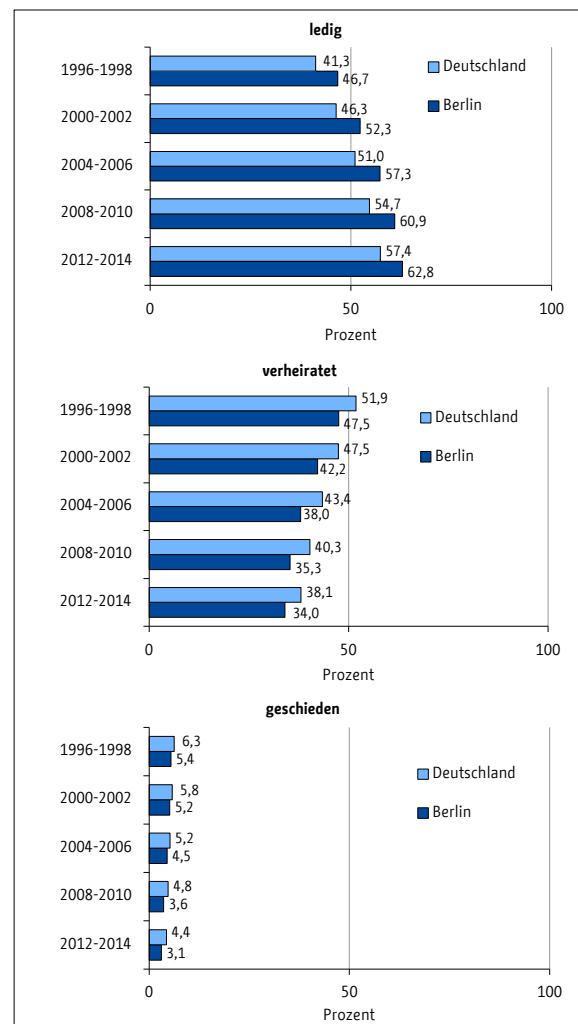
Bei 65 Frauen aus **Berlin** wurde im Jahr 2014 ein **Fetozid** durchgeführt. Mit einer Rate von 0,79 je 10.000 Frauen mehr als doppelt so hoch wie im Bundesniveau. Bei drei Berlinerinnen wurde ein Fetozid bei einer bestehenden Mehrlingsschwangerschaft veranlasst.

2.2.2 Geburten und Geburtsmodus

Während die Zahl der Lebendgeburten in **Deutschland** seit Anfang der neunziger Jahre insgesamt um etwa ein Fünftel zurück ging, erhöhte sich der Anteil der **Mehrlingsgeburten** im genannten Zeitraum um 25 %. Für die Zunahme von Mehrlingsgeburten werden vor allem künstliche Befruchtungen verantwortlich gemacht.

Im Jahr 2013 wurden in **Deutschland** 12.355mal Zwillinge, Drillinge bzw. Vierlinge geboren. Mit einem überproportionalen Anstieg der Mehrlingsgeburten um 114 % war dieser in Berlin stärker als im übrigen

Abbildung 2.21:
Schwangerschaftsabbrüche in Berlin und Deutschland
(Wohnortprinzip) 1996-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)
nach Familienstand
- in %

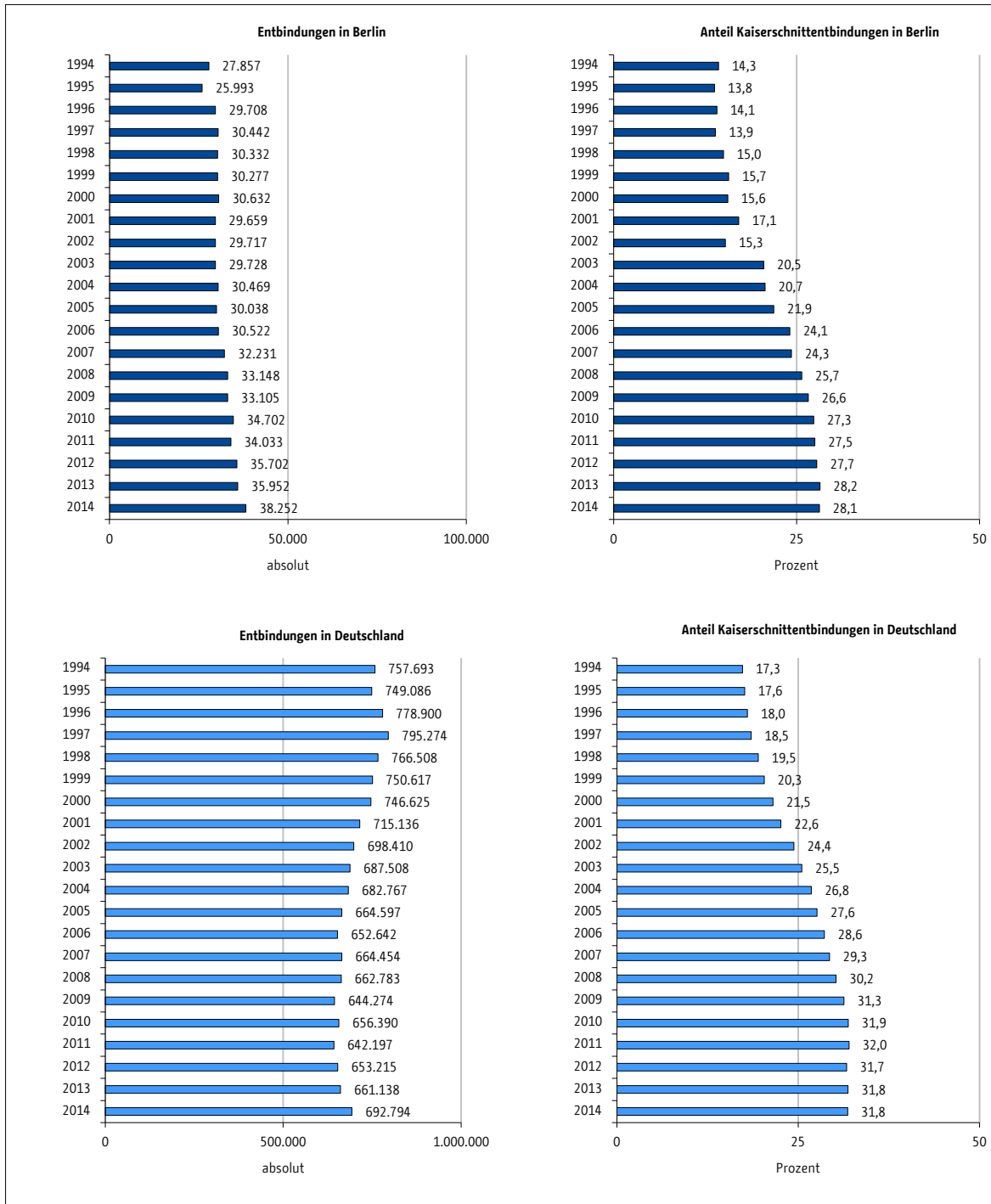


(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz- I A -)

Bundesgebiet. Im Jahr 2013 wurden in **Berlin** insgesamt 737-mal Zwillinge, 16-mal Drillinge und einmal Vierlinge geboren.

Zwei Drittel aller Geburten finden derzeit in **Deutschland** auf natürliche Weise statt. Bei etwa einem Drittel kommen die Kinder jedoch per **Kaiserschnitt** zur Welt. Die Zahl der Eingriffe hat sich in den letzten zwanzig Jahren in Deutschland insgesamt um 68 % erhöht (1994: 131.351, 2014: 220.340). Auch in **Berlin** hat sich die Zahl der Kaiserschnittentbindungen von 1994 bis 2014 mehr als verdoppelt (1994:3.990, 2014: 10.742) (vgl. Abbildung 2.22).

Abbildung 2.22:
Entbindungen im Krankenhaus, darunter durchgeführte Kaiserschnittentbindungen, in Berlin und Deutschland (Ereignisprinzip) 1994-2014
 - Entbindungen absolut und Anteil der Kaiserschnittentbindungen in %

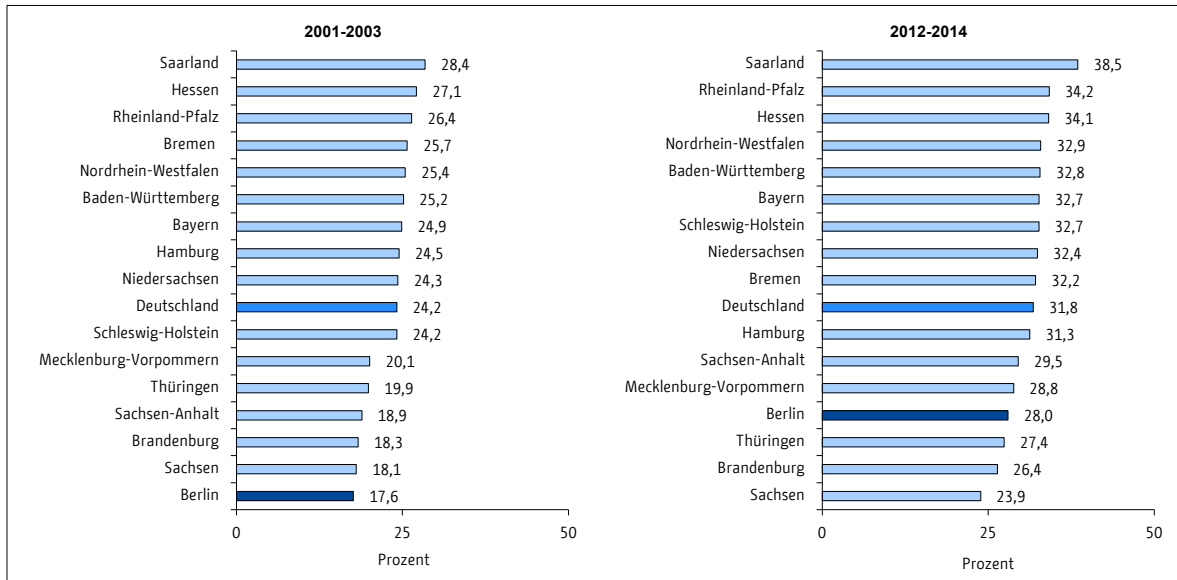


(Datenquelle: StBA / Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Durchführung von Kaiserschnittentbindungen unterliegt im **Bundesländervergleich** erheblichen Schwankungen. Gemessen an allen Entbindungen wurden im Zeitraum 2012/2014 die meisten Kaiserschnitte im Saarland (38,5 %), gefolgt von Hessen (34,1 %) und Rheinland-Pfalz (34,2 %) vorgenommen. Die anteilig wenigsten Schnittentbindungen wurden in Sachsen (23,9 %), Brandenburg (26,4 %) und Thüringen (27,4 %) durchgeführt. Berlin gehörte mit einem Anteil von 28 % ebenfalls zu den Bundesländern mit den niedrigsten Kaiserschnittraten (vgl. Abbildung 2.23).

Abbildung 2.23:

Kaiserschnittentbindungen in Deutschland 2001-2003 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern(Ereignisprinzip) - in %



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

2.3 Geburtshilfliche Versorgung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im ersten Lebensjahr

2.3.1 Ambulante Versorgung

Statistische Angaben zur ambulanten geburtshilflichen Versorgung sowie zur ambulanten medizinischen Betreuung der Kinder im ersten Lebensjahr stehen in Berlin nur in einem defizitären Ausmaß zur Verfügung.

Von den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten **Frauenarztpraxen** werden derzeit in **Berlin** etwa 2 Mio. abgerechnet. Fälle bzw. Anteile, die nur schwangere Frauen betreffen, lassen sich anhand der Behandlungsanlässe nicht ableiten. Von den an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten **Kinderarztpraxen** werden fast 1 Mio. **Behandlungsfälle** abgerechnet.

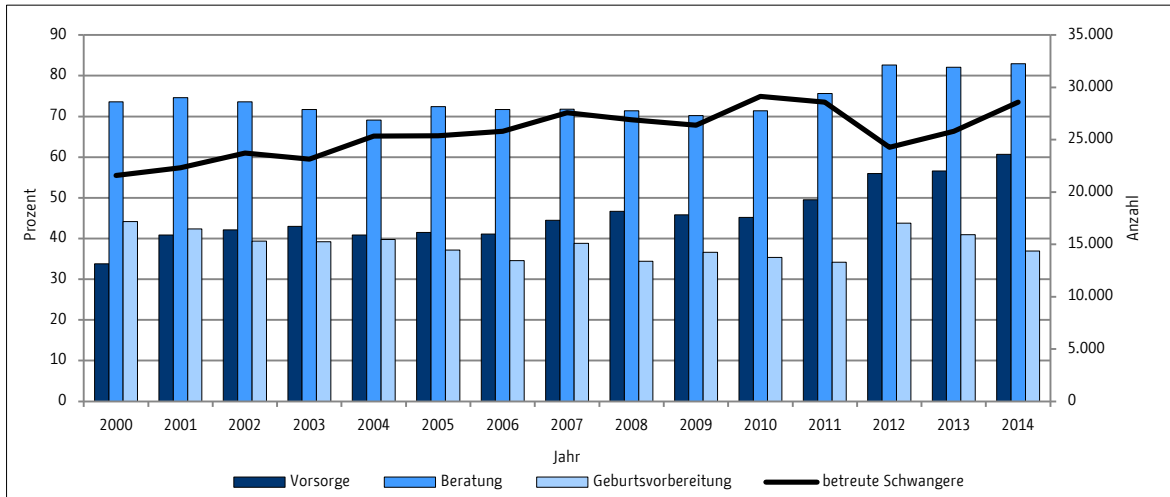
Insgesamt waren im Jahr 2014 in **Berlin** 600 **Fachärzte und Fachärztinnen der Frauenheilkunde und Geburtshilfe** in ambulanten Einrichtungen tätig, was einer durchschnittlichen Versorgung von 2.518 Einwohnerinnen je Arzt/Ärztin entsprach. Bei den ambulant tätigen Fachärzten und Fachärztinnen der **Kinder- und Jugendmedizin** (2014: 347) kamen durchschnittlich 1.553 Kinder auf einen Arzt bzw. eine Ärztin.

Freiberuflich tätige Hebammen haben in der ambulanten geburtshilflichen Versorgung einen hohen Stellenwert. Im Jahr 2014 wurde von 696 in **Berlin** tätigen Hebammen eine freiberufliche Tätigkeit gemeldet, von denen waren 478 freiberuflich und 234 angestellt mit freiberuflicher Nebentätigkeit.

Im Rahmen der **Vor- und Nachsorge** betreuten die Berliner Hebammen im Jahr 2014 ca. 28.600 schwangere Frauen und etwa 23.650 Mütter mit Säuglingen. Die betreuten Schwangeren nahmen hauptsächlich Beratungen, Vorsorgen und Geburtsvorbereitungskurse in Anspruch (vgl. Abbildung 2.24). Nach der Entbindung lag der Hauptanteil mit ca. 95 % bei der Wochenbettbetreuung. Mehr als die Hälfte der Frauen nutzten die Angebote der Rückbildungskurse (vgl. Abbildung 2.25).

Abbildung 2.24:

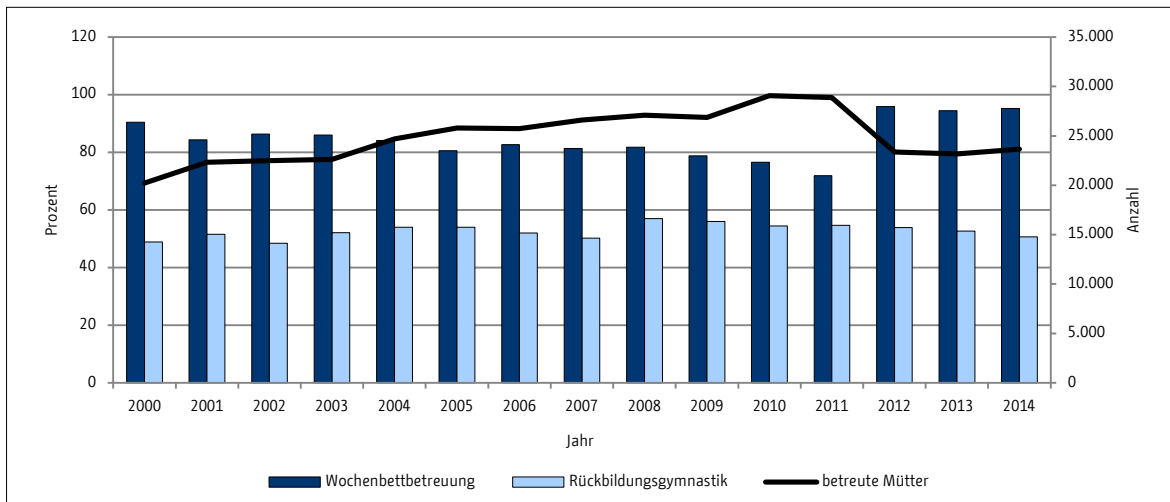
Anzahl der durch Hebammen betreuten Schwangeren und Anteil ausgewählter in Anspruch genommener Leistungen in Berlin 2000-2014
- Anzahl absolut und in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Abbildung 2.25:

Anzahl der durch Hebammen betreuten Mütter und Anteil ausgewählter in Anspruch genommener Leistungen in Berlin 2000-2014
- Anzahl absolut und in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Der Anteil der **außerklinischen Entbindungen** an allen Entbindungen in Berlin liegt derzeit bei 4 %. Insgesamt meldeten im Jahr 2014 70 freiberuflich tätige Hebammen 1.466 außerklinische Entbindungen. Drei Viertel der Entbindungen fanden in Geburtshäusern und Hebammenpraxen statt.

2.3.2 Stationäre Versorgung

Für die stationäre medizinische Behandlung von Frauen, die sich wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett in einem Berliner **Krankenhaus** befanden, standen im Jahr 2014 in 20 **Fachabteilungen** für **Frauenheilkunde und Geburtshilfe** 1.104 Betten zur Verfügung, darunter 373 Betten in der Fachabteilung für Geburtshilfe. Die Bettenauslastung in dieser Abteilung lag im Jahresdurchschnitt bei 88 % und damit

deutlich über der Auslastung aller in **Berliner** Krankenhäusern aufgestellten Betten (insgesamt 83 %). Im Durchschnitt verweilten die Frauen in der Geburtshilfe 3,4 Tage. Die Verweildauer lag damit 4 Tage unter der Gesamtverweildauer aller Krankenhauspatientinnen und -patienten (7,5 Tage).

Für die ärztliche Versorgung der in der Frauenheilkunde und in den geburtshilflichen Fachabteilungen vollstationär zu behandelnden Patientinnen waren am 31.12.2014 der Gebietsbezeichnung nach 239 **hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen** in einem **Berliner** Krankenhaus in einem Beschäftigungsverhältnis.

Den Auswertungen der Krankenhausdiagnosedaten zufolge nahmen in Berlin in den Jahren 2012/2014 jährlich über 43.000 der 15- bis unter 50-jährigen Berlinerinnen einen mit Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett in Verbindung zu bringenden **Krankenhausaufenthalt** in Anspruch. Für die Versorgung dieser Frauen wurden täglich etwa 417 Betten benötigt.

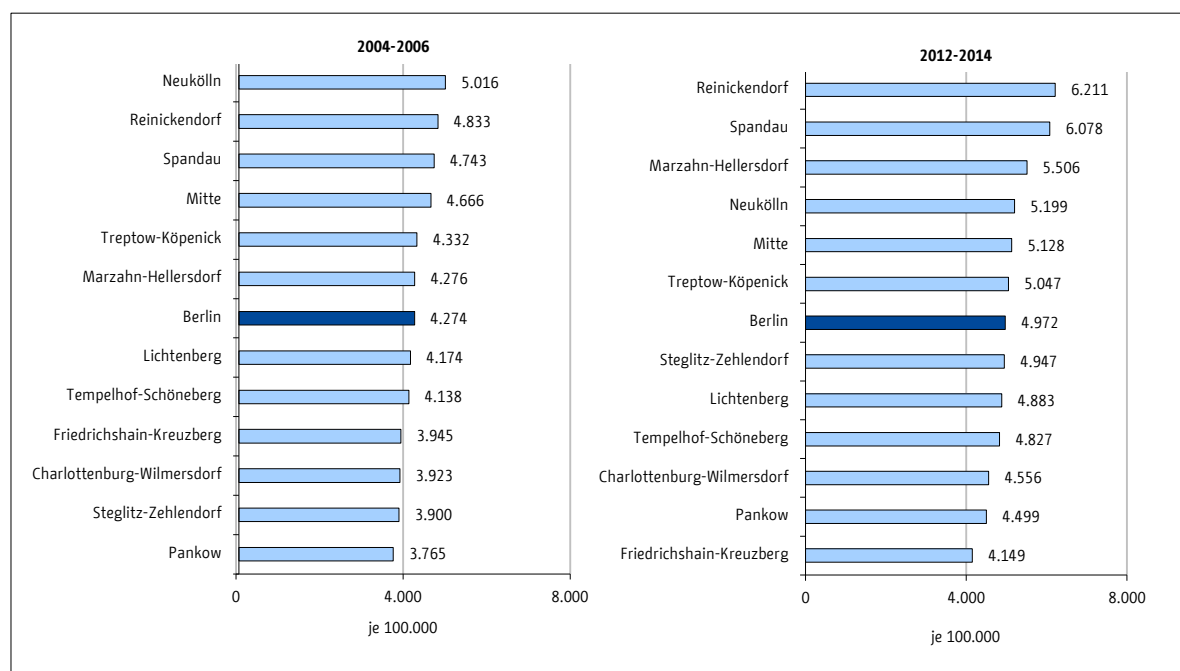
Die altersstandardisierte stationäre **Behandlungsrate** von Frauen wegen Schwangerschaft, Geburt und dem Wochenbett hat in **Berlin** in den letzten zehn Jahren um etwa ein Sechstel zugenommen und belief sich im Zeitraum 2012/2014 auf 4.972 Behandlungsfälle je 100.000 der Altersgruppe. Auf **Bezirksebene** unterlag die Inanspruchnahme stationärer Behandlungen erheblichen Schwankungen. Frauen aus Reinickendorf, Spandau und Marzahn-Hellersdorf (6.211, 6.078 bzw. 5.506 Fälle je 100.000) befanden sich 2012/2014 am häufigsten und Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg, Pankow und Charlottenburg-Wilmersdorf (4.149, 4.499 und 4.556 je 100.000) am seltensten in stationärer Behandlung.

Bis auf Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg lag die Fallzahl der Frauen aus allen anderen Bezirken mit vergleichsweise ungünstigen **Sozialindizes** bezüglich der stationären Behandlung wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett höher als im Gesamtberliner Durchschnitt. In Bezirken mit guten sozioökonomischen Bedingungen war die Fallzahl hingegen geringer (vgl. Abbildung 2.26).

Abbildung 2.26:

Aus dem Krankenhaus wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-10 Nrn. 000-099) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle / Alter: 15-49 Jahre) in Berlin (nur Berlinerinnen) 2004-2006 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken

- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



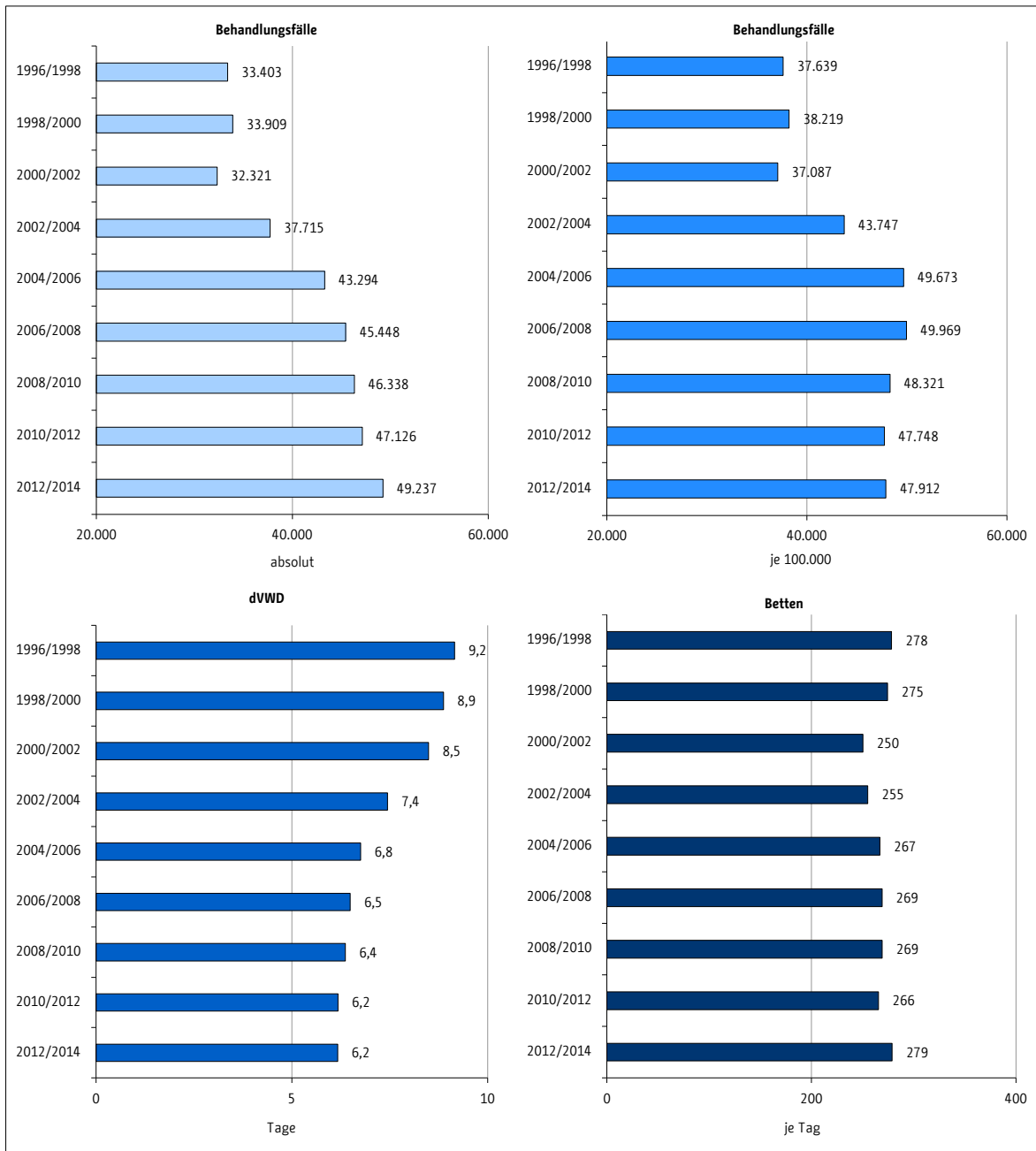
2012-2014 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.

(Datenquelle: AFS Berlin-Brandenburg / KHStatV, Teil II: Diagnosen / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Zur Sicherstellung der stationären Behandlung von Säuglingen und Kindern gab es 2014 in **Berlin** neun **Fachabteilungen für Kinderheilkunde**, die 725 Betten vorhielten. Diese betrieben sieben Fachabteilungen für Neonatologie mit durchschnittlich 210 Betten und einer Bettenauslastung von 87 %. In weiteren sieben Fachabteilungen für Kinderchirurgie wurden im Jahresdurchschnitt 119 Betten vorgehalten.

Wegen seiner Vielfalt an hochspezialisierten medizinischen Einrichtungen haben die Krankenhäuser Berlins einen hohen Anteil an der **überregionalen Versorgung** von Säuglingen und Kindern. Bezogen auf das Säuglingsalter werden derzeit jährlich mehr als 2.500 nicht aus Berlin stammende Säuglinge in einem Berliner Krankenhaus versorgt.

Abbildung 2.27:
Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) / Alter: 0 bis unter 1 Jahr) in Berlin (nur Berliner/innen) 1996-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach durchschnittlicher Verweildauer (dVWD) in Tagen und durchschnittlich belegten Betten je Tag
 - absolut und je 100.000 der Altersgruppe



(Datenquelle: : AFS Berlin-Brandenburg / KHstatV , Teil II: Diagnosen / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz- I A -)

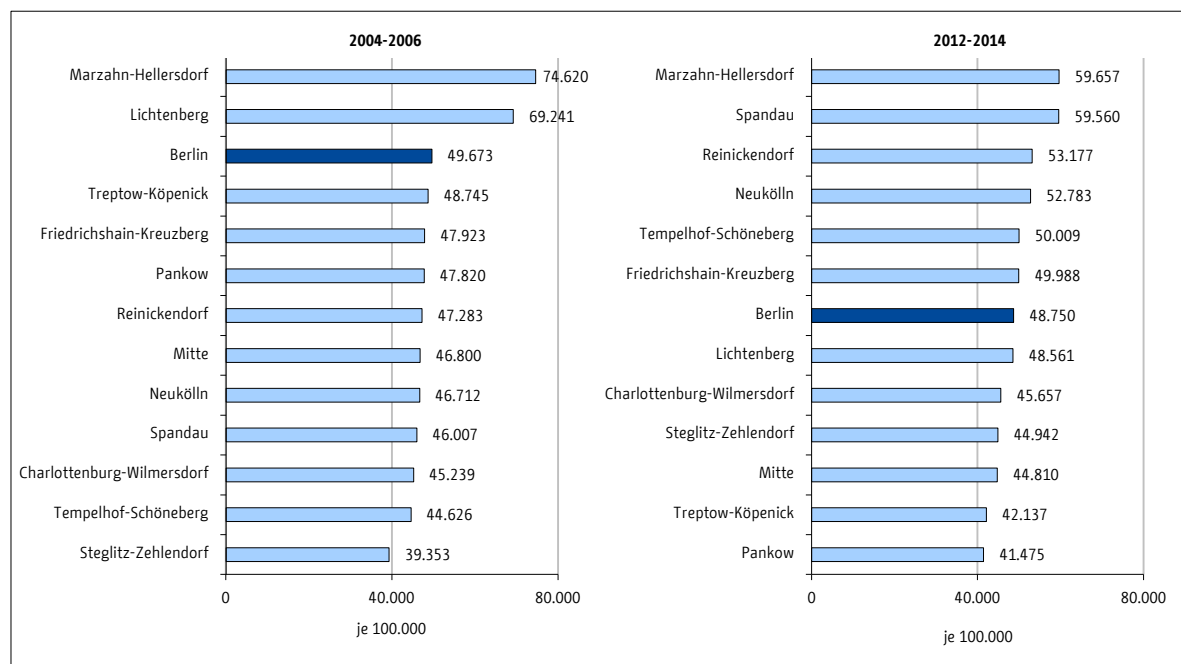
Für die ärztliche Versorgung der stationären Behandlung von Säuglingen und Kindern waren am 31.12.2014 in den Fachabteilungen für Kinderheilkunde 239 **hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen** beschäftigt, darunter 24 in der Kinderkardiologie, 31 in der Fachabteilung für Neonatologie und 42 in der Kinderchirurgie.

Die Anzahl stationärer Behandlungsfälle im Säuglingsalter ist relativ hoch. Im Jahr 2014 befanden sich 17.363 Säuglinge aus **Berlin** im Krankenhaus. Die **Behandlungsrate** belief sich auf 50.023 je 100.000 unter Einjährige. Statistisch gesehen befand sich demzufolge jeder zweite Berliner Säugling im Jahr 2014 in einem Berliner Krankenhaus in vollstationärer Behandlung. Für die stationäre Versorgung dieser Kinder wurden täglich durchschnittlich 295 Krankenhausbetten benötigt (vgl. Abbildung 2.27).

Hinsichtlich der Häufigkeitsverteilung unterlag diese in den Berliner **Bezirken** einer erheblichen Schwankungsbreite. Säuglinge aus Marzahn-Hellersdorf befanden sich im Zeitraum 2012/2014 mit einer Rate von 59.657 Fällen je 100.000 der Altersgruppe am häufigsten in stationärer Behandlung, ähnlich hoch bei Kindern aus Spandau (Rate 59.560). Demgegenüber befanden sich Säuglinge aus Pankow und Treptow-Köpenick (41.475 bzw. 42.137 je 100.000 unter Einjährige) mit Abstand am seltensten in einem Berliner Krankenhaus. Bis auf den Bezirk Mitte wurden in allen anderen Bezirken mit einer eher schlechten **sozialen Lage** deutlich über dem Berliner Durchschnitt liegende Behandlungsraten beobachtet, während diese in allen Bezirken mit einer guten sozialen Lage unter dem Gesamtberliner Niveau lagen (vgl. Abbildung 2.28).

Abbildung 2.28:

Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle / ICD-10 Nrn. A00-Z99 / Alter: 0 bis unter 1 Jahr) in Berlin (nur Berliner/innen) 2004-2006 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 100.000 der Altersgruppe



2012-2014 Bevölkerungsfortschreibung auf Basis des Zensus von Mai 2011.

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / KHStatV, Teil II: Diagnosen / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

3 Soziale Lage der Familien

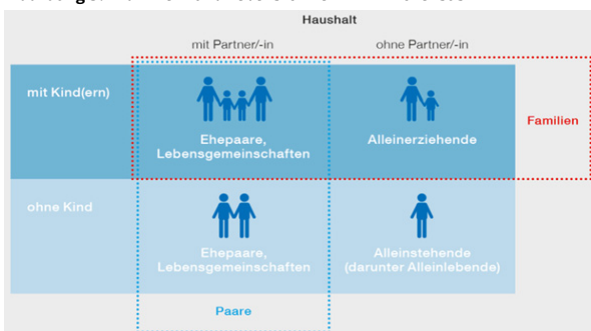
Das vorangegangene Kapitel hat sich mit Trends der Bevölkerungsstatistik, der Gesundheit von Müttern und Kindern sowie der Geburtenstatistik auseinandergesetzt. Nachfolgend steht die soziale Lage der Familien im Fokus der Betrachtung. Zunächst wird skizziert, in welchen Familienzusammenhängen Kinder aufwachsen (Abschnitt 3.1). Darauf folgt die Beschreibung der Erwerbsbeteiligung von Müttern und Vätern am Arbeitsmarkt (Abschnitt 3.2). Schließlich werden Aussagen zur Einkommenssituation (Abschnitt 3.3) sowie zu ausgewählten Leistungen nach SGB XII und nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Abschnitt 3.4) getroffen.

Die Darstellung der Ergebnisse orientiert sich an folgender Reihenfolge. Am Anfang stehen die Entwicklungen auf der Landesebene. Anschließend werden, soweit entsprechende Daten vorliegen, die Besonderheiten auf der bezirklichen Ebene beschrieben. Dabei liegt, vor dem Hintergrund des Schwerpunktthemas *Gesund in der Schwangerschaft, rund um die Geburt und im ersten Lebensjahr*, der Fokus auf Familien mit kleinen Kindern unter 3 Jahren. Mehrfach muss diese Systematik zugunsten von Kindern unter 6 bzw. unter 18 Jahren verlassen werden. Das lässt sich mit der eingeschränkten Datenlage begründen. Für einen inhaltsreichen Jahresvergleich wurden überwiegend Daten aus dem Jahr 2005 hinzugezogen, da ab diesem Zeitpunkt Lebensgemeinschaften einzeln ausgewiesen wurden.

3.1 Familienformen

Der Mikrozensus definiert Familie als eine **Eltern-Kind-Gemeinschaft**, die in einem gemeinsamen Haushalt lebt (vgl. Abbildung 3.1). Damit umfasst eine Familie immer 2 Generationen, wobei die Eltern/-teile aus einem Ehepaar, einer nichtehelichen bzw. gleichgeschlechtlichen Lebensgemeinschaft sowie alleinerziehenden Müttern und Vätern bestehen können. Zu den im Haushalt lebenden ledigen Kindern zählen neben leiblichen, auch Stief-, Pflege- und Adoptivkinder ohne Altersbeschränkung.

Abbildung 3.1 Familien- und Lebensformen im Mikrozensus



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

Im Jahr 2014 lebten in **Berlin** rund **439.400 Familien**. Mit Blick auf den **Familienstand** waren davon etwa 224.900 (51,2 %) Ehepaare, ca. 59.000 (13,4 %) Lebensgemeinschaften und knapp 155.400 (35,4 %) Alleinerziehende. Betrachtet man Berlin im Vergleich zu **Gesamtdeutschland** fällt auf, dass sich die etwa 11.434.000 bundesweiten Familien **häufiger** aus **Ehepaaren** (68,1 %) und weniger aus Lebensgemeinschaften (8,2 %) und Alleinerziehenden (23,7 %) zusammensetzen (vgl. Abbildung 3.2).

Vor etwa 10 Jahren sah die Verteilung sowohl in Berlin, als auch in Deutschland ähnlich aus. Im Jahr 2005 waren es in Berlin 55,5 % (Deutschland 73,4 %) Ehepaare, 11,3 % (6,2 %) Lebensgemeinschaften und 33,2 % (20,5 %) Alleinerziehende.

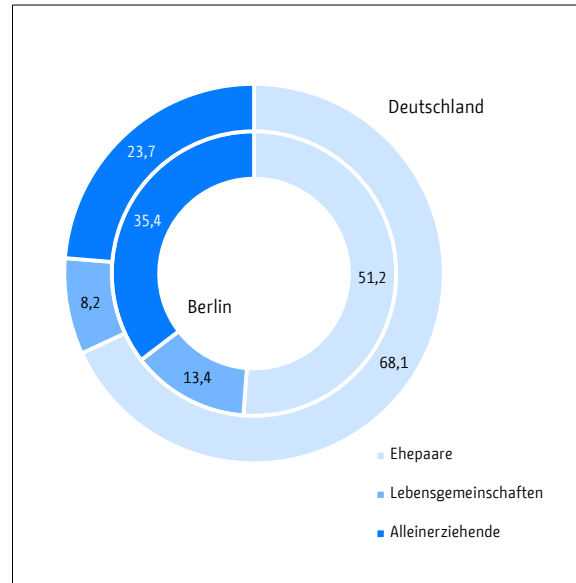
In rund 337.500 (76,8 %) Berliner Familien wuchs im Jahr 2014 mindestens ein **Kind unter 18 Jahren** auf. Die Eltern dieser Kinder waren zum überwiegenden Teil verheiratet (51,9 %), 16,2 % lebten in Lebensgemeinschaften und 31,9 % waren Alleinerziehende.

Große Differenzen zwischen den verschiedenen Lebensformen der Berliner Familien mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren gab es auf **bezirklicher Ebene** (vgl. Abbildung 3.3). In den Bezirken Lichtenberg, Spandau und Marzahn-Hellersdorf waren die Anteile der Alleinerziehenden unter den Familien deutlich höher als im Berliner Durchschnitt. Zugleich lagen in Steglitz-Zehlendorf und Mitte die Anteile von Ehepaaren mit jeweils mehr als 10 %-Punkten über dem gesamtstädtischen Trend.

Bei den **Alleinerziehenden** mit Kindern unter 18 Jahren dominieren nach wie vor die Mütter (89,7 %), wobei auch immer mehr Kinder bei ihren Vätern aufwachsen. Seit 2005 hat sich der Anteil der alleinerziehenden Väter in Berlin von 9,2 % (9.400) auf 10,3 % (11.100) erhöht.

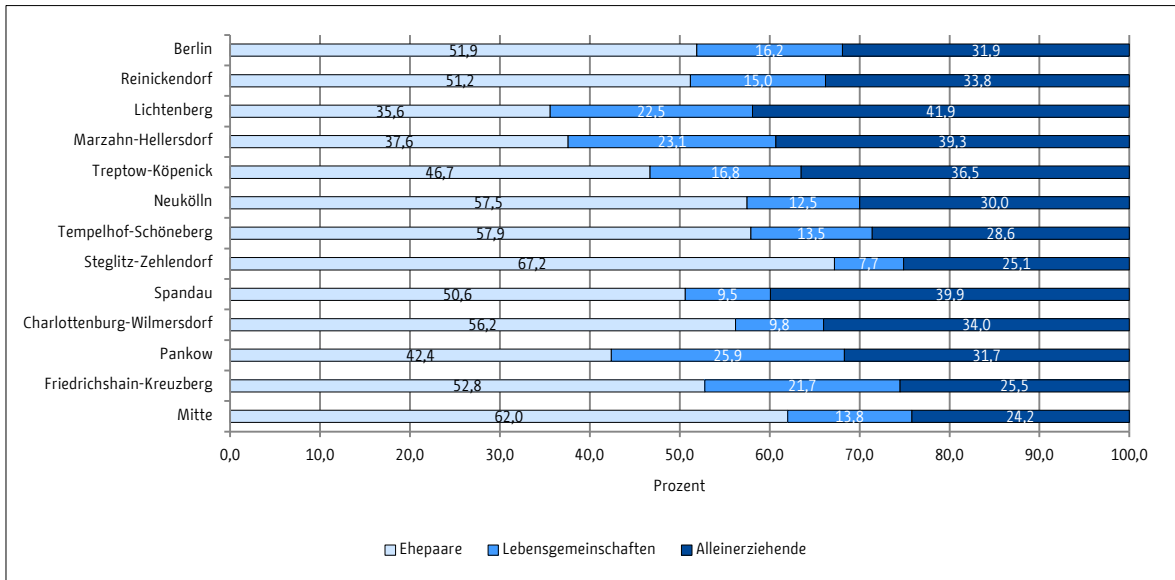
Im Hinblick auf die **alleinerziehenden Väter** gab es auf **Bezirksebene** seit 2005 starke Entwicklungen. Während vor 10 Jahren Neukölln (3,7 %) und Tempelhof-Schöneberg (5,6 %) die Bezirke mit dem geringsten Anteil an alleinerziehenden Vätern waren, war 2014 der Anteil in diesen Bezirken am höchsten (Neukölln 14,5 % und Tempelhof-Schöneberg 17,4 %). Umgekehrt verhielt es sich mit Charlottenburg-Wilmersdorf, hier lebten im Jahr 2005 mit

Abbildung 3.2:
Familien mit Kindern (ohne Altersbeschränkung) in Berlin und Deutschland 2014 nach Lebensformen - in %



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

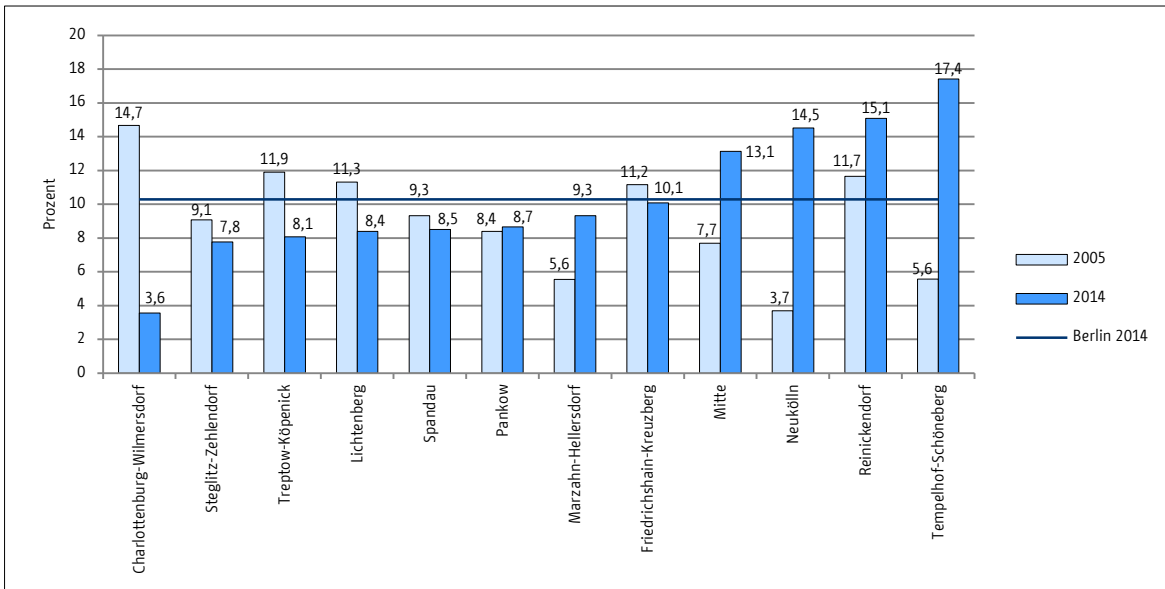
Abbildung 3.3:
Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin 2014 nach Lebensformen und Bezirken - in %



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

einem Anteil von 14,7 % an den Alleinerziehenden die meisten und etwa 10 Jahre später mit 3,6 % die wenigsten alleinerziehenden Väter. Im Vergleich zu Gesamtberlin lagen im Jahr 2014 in Mitte, Neukölln, Reinickendorf und Tempelhof-Schöneberg die Anteile der alleinerziehenden Väter über dem städtischen Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.4).

Abbildung 3.4:
Anteil alleinerziehender Väter in Berlin 2005 und 2014 nach Bezirken
 - in %

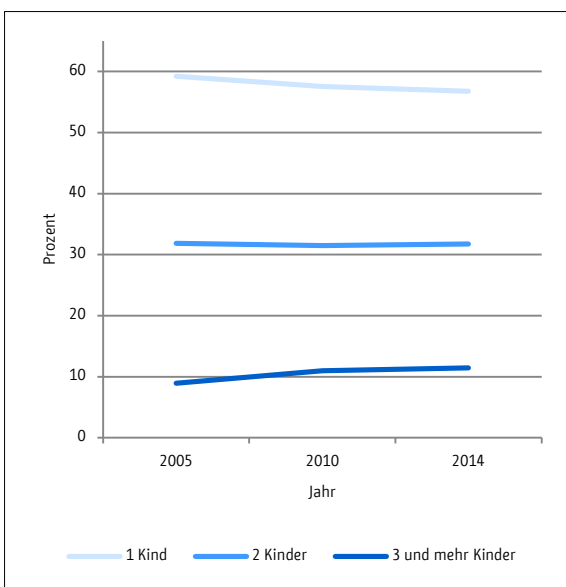


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Im Jahr 2014 lebte in rund 92.700 **Familien** mindestens **ein Kind unter 3 Jahren** und in etwa 69.200 Familien mindestens ein Kind der Altersgruppe **3 bis unter 6 Jahren**. Diese beiden Altersgruppen umfassten demnach nahezu die Hälfte (48,0 %) der Familien mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren. 52,2 % der Eltern mit Kindern unter 6 Jahren sind verheiratet, 23,6 % leben in einer Lebensgemeinschaft und 24,2 % der Mütter und Väter ziehen ihre kleinen Kinder allein auf.

Die Anzahl der Familien mit kleinen Kindern ist in den letzten Jahren stetig gestiegen. Im Jahr 2005 wuchsen in rund 333.300 Familien minderjährige Kinder auf. Davon lebten in 40,9 % (ca. 136.200) der Familien Kinder, die jünger als 6 Jahre waren.

Abbildung 3.5:
Familien mit Kindern (ohne Altersbeschränkung) in Berlin 2005, 2010 und 2014 nach Anzahl der Kinder
 - in %



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

Das gängige Familienmodell in Berlin ist die Kleinfamilie. Im Jahr 2014 waren mehr als die Hälfte (ca. 249.500; 56,8 %) aller Familien **Ein-Kind-Familien**. Die Einzelkinder gehörten zum größten Teil der Altersgruppe unter 3 Jahren (rund 48.900) und über 18 Jahre (etwa 84.000) an. **Zwei Kinder** lebten in knapp einem Drittel (ca. 139.500; 31,8 %) aller Familienhaushalte und in rund 50.400 (11,5 %) Familien wuchsen **3 und mehr Kinder** auf. Trotz der überwiegenden Kleinfamilien ist der Anteil der Familien mit mehr als 3 Kindern in den letzten 10 Jahren angestiegen. Im Jahr 2005 wuchsen in nur 9,0 % (etwa 40.100) der insgesamt rund 447.800 Familien 3 und mehr Kinder auf. Der Anteil der Ein-Kind-Familien lag bei 59,2 %. Die Zahl der Familien mit 2 Kindern blieb auf gleichem Niveau (31,8 %). Seit 2005 hat somit eine Verschiebung der Kinderanzahl in den Berliner Familien stattgefunden, die **Zunahme der Großfamilien** erfolgte zu Lasten der Kleinfamilien (vgl. Abbildung 3.5).

3.2 Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern

Das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie ist in aller Munde. Denn trotz aller Bemühungen, berufliche Selbstverwirklichung und Kinderwunsch miteinander zu verbinden, kann die Geburt eines Kindes Einfluss auf das Erwerbsverhalten und damit auf Berufsbiographien nehmen.

Die nachstehenden Darstellungen zur Erwerbstätigkeit unterstreichen, dass das Thema Vereinbarkeit von Beruf und Familie hauptsächlich Mütter betrifft. Dabei wird zuerst näher auf die Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern in der Familie eingegangen, sowie die Beschäftigungssituation von Alleinerziehenden dargestellt. Zum Abschluss und im Übergang zum Abschnitt 3.3 zur Einkommenssituation von Müttern und Vätern werden wichtige Entwicklungen zum Elterngeld und zur Elternzeit skizziert.

Wie im vorangegangenen Abschnitt 3.1 Lebensformen bereits erwähnt, lebten in **Berlin** im Jahr 2014 rund 439.400 Familien mit ledigen Kindern. Zur Betrachtung der **Erwerbstätigkeit** der Familienmitglieder muss zwischen den Familien mit einem Elternteil (Alleinerziehende) und den Familien mit zwei Elternteilen (Ehepaare und Lebensgemeinschaften) unterschieden werden. Von den knapp 284.000 Familien mit **zwei Elternteilen** und mindestens einem ledigen Kind gingen in 60,1 % (ca. 170.600) der Familien beide Partner, in 29,1 % (ca. 82.600) der Familien ein Elternteil einer Erwerbstätigkeit nach. Letzteres waren zu 74,7 % (ca. 61.700) Männer.

Das Bundesland **Brandenburg** weist für das Jahr 2014 eine andere Verteilung auf als die Hauptstadt. Dort lebten etwa 240.000 Paare mit ledigen Kindern. Von diesen gingen in knapp 176.500 (73,5 %) Familien beide Partner arbeiten, in rund 45.900 (19,1 %) Haushalten sorgte einer der Partner allein für den Lebensunterhalt der Familie. Letzteres waren zu 71,0 % (ca. 32.600) Männer.

Vor etwa 10 Jahren war der Anteil der Erwerbstätigkeit beider Lebenspartner in Berlin, wie auch in Brandenburg geringer. Im Jahr 2005 lebten in Berlin nahezu 299.100 und in Brandenburg etwa 311.400 Ehepaare und Lebensgemeinschaften mit ledigen Kindern. In rund 145.400 Berliner Familien und ca. 191.600 Brandenburger Familien gingen beide Partner einer Erwerbstätigkeit nach. Nur ein Elternteil sorgte in rund 102.900 Berliner und etwa 84.700 Brandenburger Familien für den Lebensunterhalt. Letzteres waren zu 59,0 % (ca. 60.800) bzw. 67,4 % (ca. 57.100) Männer (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:

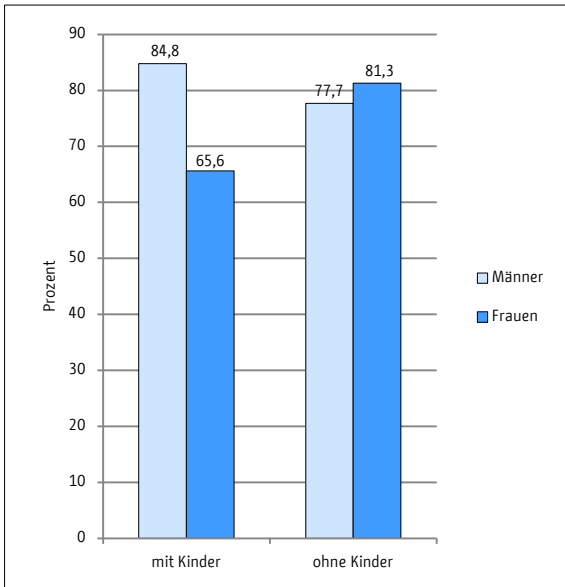
Paare mit ledigen Kindern in Berlin und Brandenburg 2005 und 2014 nach Beteiligung am Erwerbsleben
- absolut in 1.000 und Anteil in %

Beteiligung am Erwerbsleben	2005				2014					
	Berlin		Brandenburg		Berlin			Brandenburg		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	Veränderung zu 2005	abs.	%	Veränderung zu 2005
Paare insgesamt	299,1	100,0	311,4	100,0	284,0	100,0	-5,0	240,0	100,0	-22,9
Mann und Frau erwerbstätig	145,4	48,6	191,6	61,5	170,6	60,1	17,3	176,5	73,5	-7,9
nur Mann oder Frau erwerbstätig	102,9	34,4	84,7	27,2	82,6	29,1	-19,7	45,9	19,1	-45,8
dar. nur Mann erwerbstätig	60,8	59,0	57,1	67,4	61,7	74,7	1,6	32,6	71,0	-42,9
Mann und Frau erwerbslos oder Nichterwerbspersonen	50,7	17,0	35,1	11,3	30,8	10,8	-39,3	17,6	7,3	-49,9

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

Um den Einfluss von Kindern auf das Erwerbsleben der Eltern darzustellen, wird die Erwerbstätigkeit von Müttern und Vätern mit der von Frauen und Männern ohne Kinder im Haushalt verglichen. Aufgrund der eingeschränkten Datenlage wird beispielhaft die Altersgruppe der 25- bis unter 45jährigen betrachtet. Diese Eingrenzung ist zudem sinnvoll, da hier weniger Schüler und Schülerinnen, Studenten bzw. Studentinnen sowie Rentner und Rentnerinnen berücksichtigt werden.

Abbildung 3.6:
Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen (Alter: 25-44 Jahre) mit und ohne Kinder in Berlin 2014
 - in %



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

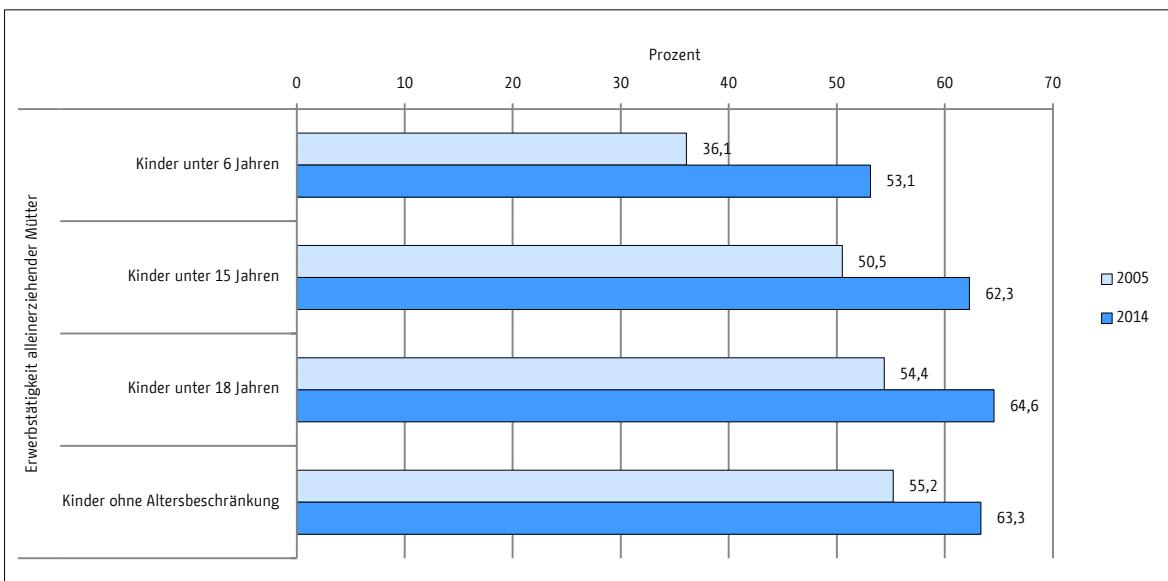
Im Jahr 2014 lag in **Berlin** der Anteil der **erwerbstätigen Mütter** im Alter von **25 bis unter 45 Jahren** 15,7 %-Punkte unter dem der kinderlosen Frauen der gleichen Altersgruppe. Bei den Männern verhielt es sich anders. Hier lag der Anteil der **erwerbstätigen Väter** im Alter von **25 bis unter 45 Jahren** 7,1 %-Punkte über dem der kinderlosen Männer derselben Altersgruppe (vgl. Abbildung 3.6).

Im Jahr 2014 lebten in **Berlin** knapp **155.400 Alleinerziehende**, von denen etwa 135.800 (87,4 %) Frauen waren. Alleinerziehende Männer und Frauen gingen zu annähernd gleichen Anteilen einer Beschäftigung nach (Väter: 64,5 %; Mütter: 63,3 %; insgesamt: 63,5 %). Vergleicht man die Berliner Werte mit denen **Gesamtdeutschlands**, entsprach die **Erwerbstätigkeit der Alleinerziehenden** Berliner Mütter dem Bundesdurchschnitt, während die der alleinerziehenden Berliner Väter 5,8 %-Punkte

unter dem Bundesdurchschnitt lag (Väter: 70,3 %; Mütter: 64,4 %, insgesamt: 65,3 %).

Mit zunehmendem **Alter der Kinder**, steigt die **Erwerbstätigkeit der alleinerziehenden Mütter**. Während die Berufstätigkeit der Mütter mit Kindern unter 6 Jahren bei 53,1 % (ca. 20.200) lag, betrug die der Mütter mit Kindern unter 15 Jahren 62,3 % (ca. 50.700) und die der Mütter mit Kindern unter 18 Jahren 64,6 % (ca. 62.300). Vor 10 Jahren gingen von rund 132.200 Alleinerziehenden Müttern mit ledigen Kindern etwa 73.000 (55,2 %) einer Beschäftigung nach. Auch hier stieg die Erwerbstätigkeit mit zunehmendem Alter der Kinder an, wobei sie stets unter der aus dem Jahr 2014 lag (vgl. Abbildung 3.7).

Abbildung 3.7:
Erwerbstätigkeit alleinerziehender Mütter in Berlin 2005 und 2014 nach Alter der Kinder
 - in %



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

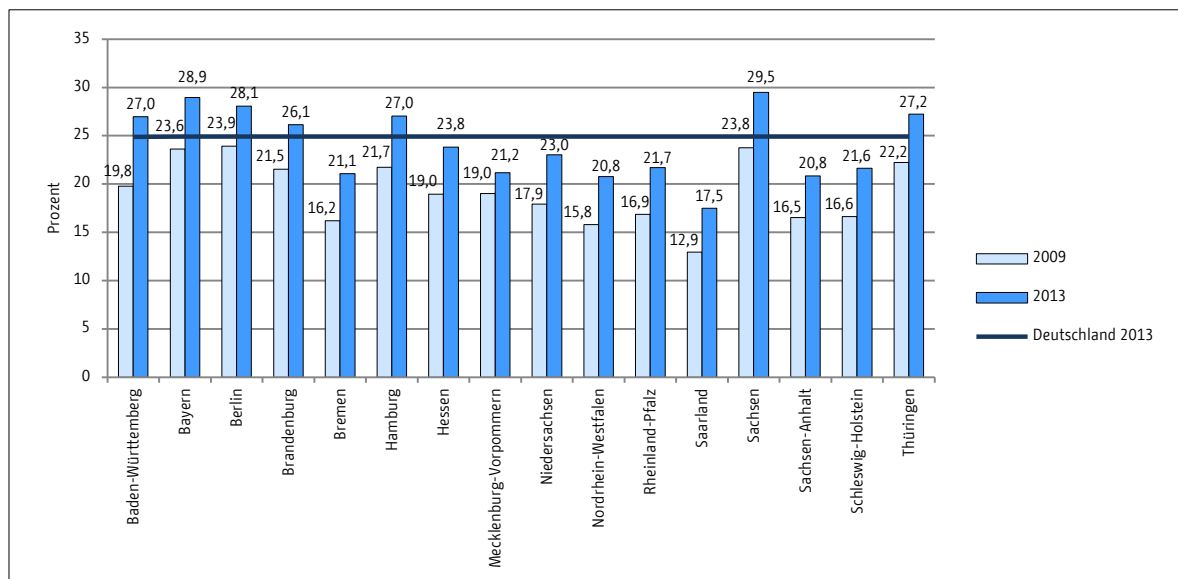
3.2.1 Inanspruchnahme der Elternzeit

Sowohl Mütter als auch Väter haben die Möglichkeit, für die Erziehung und Betreuung ihrer Kinder vorübergehend von der Arbeit freigestellt zu werden. Die **rechtlichen Grundlagen** dafür bildet das Gesetz zum Elterngeld und zur Elternzeit (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz - BEEG), welches am 1. Januar 2007 in Kraft trat und das Bundeserziehungsgeldgesetz ablöste. Auswertbare Daten liegen erst ab dem Jahr 2009 vor.

Während der Elternzeit werden 67 % des wegfallenden, monatlichen Nettoeinkommens gezahlt, das sogenannte **Elterngeld** (höchstens 1.800 Euro). Konnte vor der Geburt des Kindes kein Einkommen erwirtschaftet werden, wird ein Mindestbetrag in Höhe von 300 Euro gezahlt.

Im gesamten Bundesgebiet sind es zum überwiegenden Teil die Mütter, die die Betreuung der Kinder im häuslichen Umfeld übernehmen. In **Berlin** erhielten 32.116 (71,9 %) Mütter und 12.532 (28,1 %) Väter Elterngeld für ihr im Jahr 2013 geborenes Kind. Damit lag Berlin bezogen auf die Väter in Elternzeit zusammen mit Baden-Württemberg, Bayern, Brandenburg, Hamburg, Sachsen und Thüringen **über dem Bundesschnitt** (24,9 %). Der Anteil der elternzeitnehmenden Väter ist seit 2009 sowohl in Berlin (23,9 %), als auch im gesamten Bundesgebiet (19,5 %) stetig gewachsen (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8:
Anteil elternzeitnehmender Väter in Deutschland im Geburtsjahr 2009 und 2013 nach Bundesländern
- in %



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

Obwohl immer mehr Männer nach der Geburt ihres Kindes die Betreuung übernehmen, beschränkt sich bei dem Großteil der Berliner **Väter** die **Dauer der Elternzeit** auf die Mindestlaufzeit von 2 Monaten. Für das im Jahr 2013 geborene Kind nahmen 64,0 % der Väter 2 Monate Elternzeit in Anspruch. 8,9 % (1.116) der elternzeitnehmenden Väter blieben über eine Dauer von 12 Monaten zu Hause, bei den Müttern waren das 80,4 %. Durchschnittlich nahmen Berliner Väter 3,9 und Berliner Mütter 11,3 Monate Elternzeit in Anspruch, bundesweit waren es 3,1 bzw. 11,6 Monate.

66,2 % (21.260) der Mütter und 86,8 % (10.872) der Väter waren **vor der Geburt** des Kindes im Jahr 2013 **erwerbstätig**. Seit 2009 stellt dies einen prozentualen Anstieg von 11,1 % bzw. 10,1 % dar.

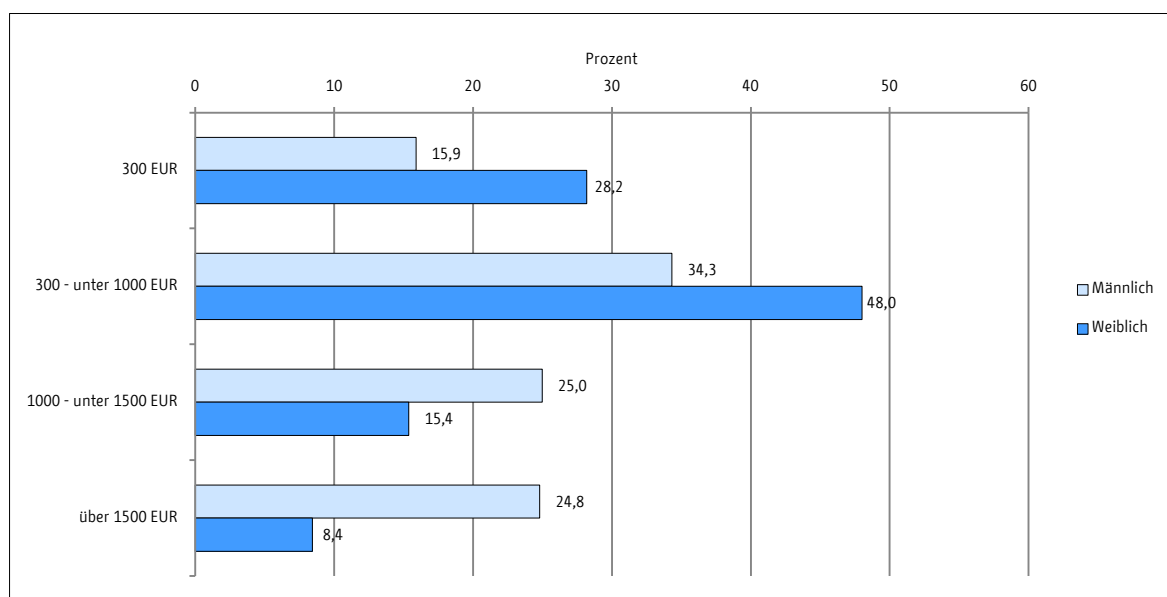
11.047 (24,7 %) der **Elterngeld**empfangenden erhielten für ihr im Jahr 2013 geborenes Kind den Mindestsatz in **Höhe** von 300 Euro. 44,2 % (19.718) bekamen 300 Euro bis unter 1.000 Euro, 18,1 % (8.067)

hatten Anspruch auf 1.000 Euro bis unter 1.500 Euro und mehr als 1.500 Euro erhielten 13,0 % (5.816) der Elterngeldempfängenden. Im Jahr 2009 mussten die Berlinerinnen und Berliner in Elternzeit mit weniger Elterngeld haushalten. Den Mindestsatz beanspruchten 30,7 % (11.940) der Elterngeldempfängenden. Bei der Spanne 300 Euro bis unter 1.000 Euro lag der Anteil der Empfängerinnen und Empfänger ebenso wie im Jahr 2014 bei 44,2 % (17.171). 1.000 Euro bis unter 1.500 Euro erhielten 14,7 % (5.710) und 10,4 % der Elterngeldempfängenden wurden mehr als 1.500 Euro Elterngeld zugesprochen.

Bei der Höhe des Elterngeldes gab es große Differenzen zwischen den Geschlechtern. Während 15,9 % der männlichen Elterngeldempfänger den Mindestsatz in Höhe von 300 Euro erhielten, waren es bei den Elterngeldempfängerinnen 28,2 %. Mehr als 1.500 Euro standen 24,8 % der Väter in der Elternzeit zur Verfügung, bei den Müttern waren es lediglich 8,4 % (vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:

Höhe des Elterngeldanspruchs in Berlin im Geburtsjahr 2013 nach Geschlecht der Anspruchsberechtigten
- in %



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

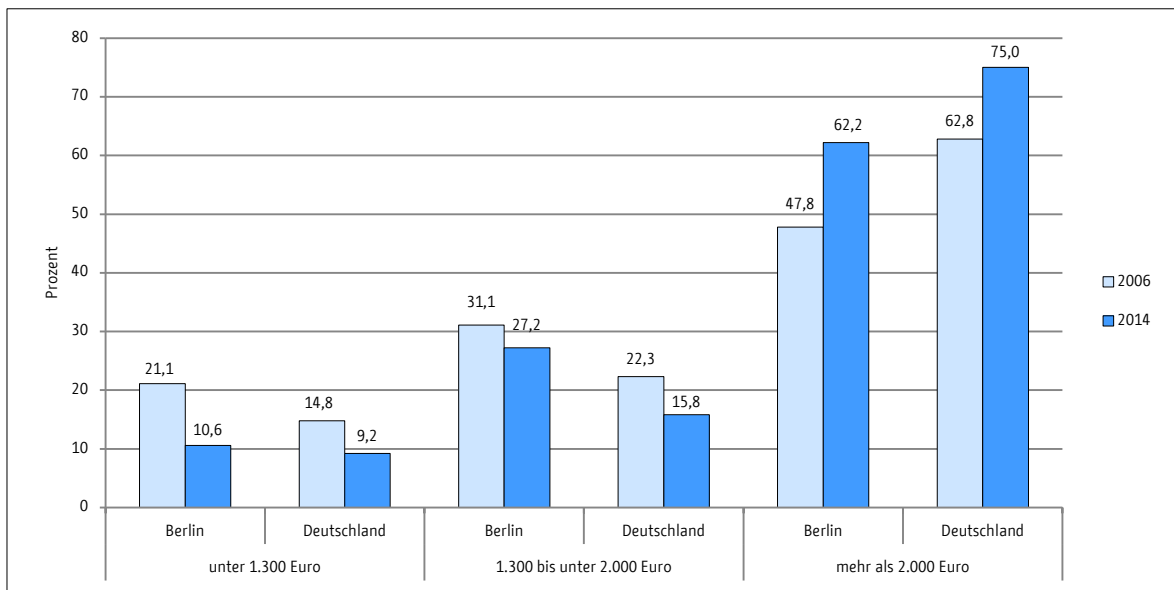
3.3 Einkommenssituation von Müttern und Vätern

Um die finanzielle Lage von Familien widerzuspiegeln, wird das verfügbare Haushaltsnettoeinkommen betrachtet. Laut Mikrozensus handelt es sich dabei um „die Summe sämtlicher Nettoeinkommen aller Haushaltsmitglieder des letzten Monats“. Das ist unter anderem von der Anzahl der Einkommensbezieher abhängig, einflussnehmend auf die materielle Situation der Familien ist jedoch auch die Anzahl der im Haushalt lebenden Kinder.

Im Jahr 2014 verfügten in **Berlin** 10,6 % (Deutschland 9,2 %) der Familien mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren über ein monatliches **Haushaltsnettoeinkommen** von weniger als 1.300 Euro. 27,2 % (15,8 %) der Familien hatten 1.300 Euro bis unter 2.000 Euro zur Verfügung und 62,2 % (75,0 %) der Familien verdienten mehr als 2.000 Euro. Zum Vergleich fiel das Haushaltsnettoeinkommen von Familien mit mindestens einem Kind unter 18 Jahren vor etwa 10 Jahren geringer aus. So mussten 21,1 % der Berliner Familien (14,8 %) mit weniger als 1.300 Euro haushalten. 31,1 % (22,3 %) der Familien standen 1.300 Euro bis unter 2.000 Euro zur Verfügung und 47,8 % der Familien in Berlin (62,8 %) verdienten mehr als 2.000 Euro im Monat (vgl. Abbildung 3.10). Als Vergleichsjahr wurde 2006 gewählt, da Lebensgemeinschaften erst ab 2005 einzeln ausgewiesen wurden und Daten vom GBE-Bund nur bis 2006 rückwirkend vorliegen.

Abbildung 3.10:

Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin und Deutschland 2006 und 2014 nach Haushaltsnettoeinkommen
- in %



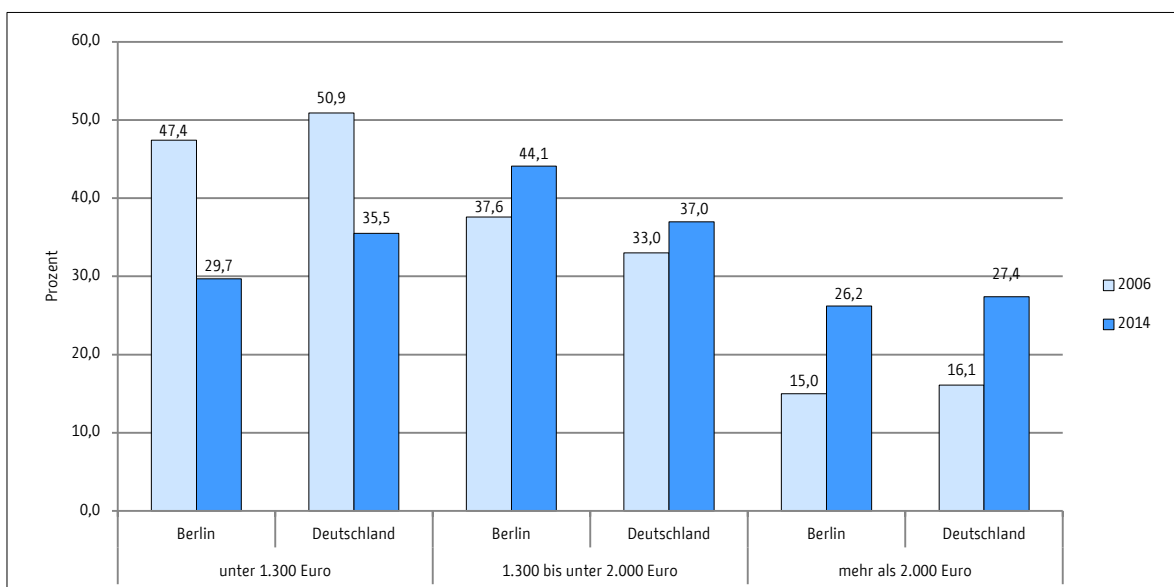
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Betrachtet man die verschiedenen Lebensformen, hatten diese in der Vergangenheit einen stärkeren Einfluss auf die **Einkommenssituation** der Berliner **Familien** als aktuell. Im Jahr 2006 waren es 7 von 100 Ehepaare und 20 von 100 Lebensgemeinschaften, die mit einem Einkommen von unter 1.300 Euro im Monat auskommen mussten. Mehr als 2.000 Euro standen 64,5 % der Ehepaare und 60,0 % der Lebensgemeinschaften zur Verfügung. Im Jahr 2014 hingegen verfügte bei beiden Familienformen die überwiegende Mehrheit mit knapp 80 % über ein Haushaltsnettoeinkommen von über 2.000 Euro. Mit weniger als 1.300 Euro im Monat mussten 1,8 % der Ehepaare und 5,9 % der Lebensgemeinschaften wirtschaften.

Alleinerziehende verfügen in der Regel über ein geringeres Haushaltsnettoeinkommen, als die beiden anderen Lebensformen, da hier nur eine Person für den Lebensunterhalt sorgt. Vergleicht man die Einkommenssituation der alleinerziehenden Berliner und Berlinerinnen mit der deutschlandweiten fällt auf, dass der Großteil der alleinerziehenden Väter und Mütter in Berlin finanziell nicht schlechter gestellt ist, als

Abbildung 3.11:

Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin und Deutschland 2006 und 2014 nach Haushaltsnettoeinkommen
in %



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

der Bundesdurchschnitt. Demnach mussten 29,7 % (Deutschland 35,5 %) der Alleinerziehenden in Berlin im Jahr 2014 mit unter 1.300 Euro auskommen, 44,1 % (37,0 %) standen 1.300 Euro bis unter 2.000 Euro zur Verfügung und 26,2 % (27,4 %) der alleinerziehenden Väter und Mütter in Berlin verdienten mehr als 2.000 Euro. Innerhalb der letzten 10 Jahre hat sich die **Einkommenssituation der Alleinerziehenden in Berlin verbessert**. Im Jahr 2006 waren es noch 47,4 % der unter 1.300 Euro verdienenden und nur 15 % der über 2.000 Euro verdienenden. Diese Entwicklung ist auch in Gesamtdeutschland zu verzeichnen (vgl. Abbildung 3.11).

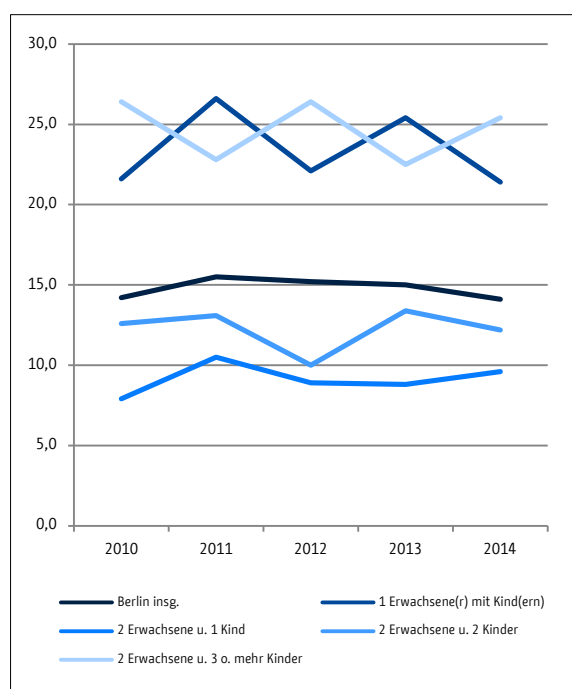
3.3.1 Armutsgefährdungsquoten

In Anlehnung an die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder (2015c) wird die **Armutsgefährdungsquote**, als ein Indikator zur Messung relativer Einkommensarmut, „definiert als der Anteil der Personen, deren Äquivalenzeinkommen weniger als 60 % des Medians der Äquivalenzeinkommen der Bevölkerung (in Privathaushalten) beträgt“. In Abhängigkeit von unterschiedlichen Haushaltstypen verändert sich das Armutsrisiko. Leben Kinder ohne Einkommen im Haushalt oder lastet das Einkommen auf einer Person wie bspw. bei Alleinerziehenden erhöht sich die Armutsgefährdung für alle Personen, die sich diesen Haushalt teilen.

In Berlin lag 2014 für Ein-Personen-Haushalte die **Armutsgefährdungsschwelle** bei 841 Euro (Deutschland 917 Euro). Für Haushalte mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren lag diese bei 1.767

Euro (1.926 Euro). Alle Personen, deren Äquivalenzeinkommen unter diesen Grenzen lag, zählten als arm bzw. armutsgefährdet.

Abbildung 3.12:
Armutsgefährdungsquoten (gemessen am Landesmedian) in Berlin 2010-2014 nach Haushaltstypen
- in %



Im Jahr 2014 galten in Deutschland 15,4 % und Berlin 20,0 % (gemessen am Bundesmaßstab) aller Menschen als armutsgefährdet. Am Berliner Landesmaßstab gemessen waren 14,1 % der Berlinerinnen und Berliner armutsgefährdet. Das war rund jede siebte Person.

Berliner **Haushalte mit zwei Erwachsenen und drei oder mehr Kindern** waren 2014 in Berlin mit einer Quote von 25,4 % (Landesmaßstab) **am stärksten von Armut gefährdet**, gefolgt von den Alleinerziehenden mit mindestens einem Kind (21,4 %). Deutlich geringer fiel die Quote der Familien mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern (12,2 %) sowie der mit einem Kind (9,6 %) aus. In den letzten Jahren lagen die Armutsgefährdungsquoten der Alleinerziehenden und Familien mit jeweils drei und mehr Kindern kontinuierlich über dem Berliner Durchschnitt (vgl. Abbildung 3.12).

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

3.4 Ausgewählte Leistungen nach dem SGB XII und dem Asylbewerberleistungsgesetz

Personen, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften oder Mitteln (Einkommen und Vermögen) decken können, haben Anspruch auf Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) und der Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII).

Materiell hilfebedürftige Asylbewerber und Asylbewerberinnen, Geduldete und vollziehbar zur Ausreise verpflichtete Ausländerinnen und Ausländer sowie Inhaberinnen und Inhaber bestimmter humanitärer Aufenthaltserlaubnisse in der Bundesrepublik Deutschland können Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zur Abdeckung ihres verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums beantragen.

3.4.1 Leistungen nach 3. und 4. Kapitel SGB XII

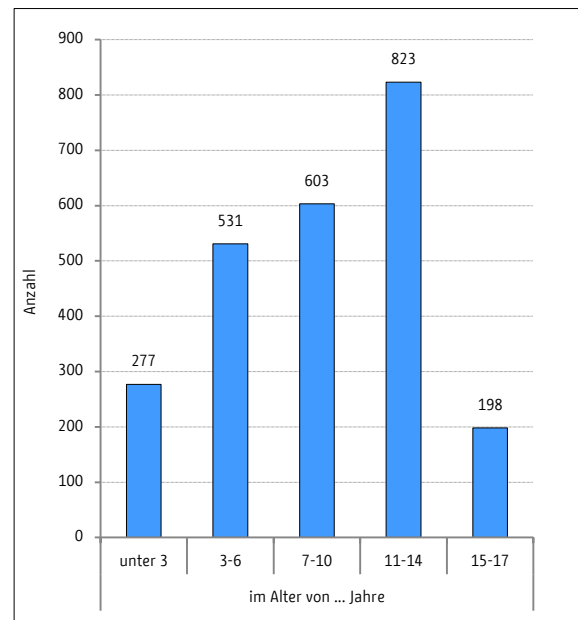
In Berlin bezogen 10.400 Personen am 31.12.2014 **Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen**. Im Vergleich zum Vorjahr bedeutet das ein Plus von ca. 14,1 % (1.289 Personen). Die Empfängerquote (Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt an der Gesamtbevölkerung je 1.000) erhöhte sich ebenfalls von 2013 zu 2014 von 2,7 auf 3,0 je 1.000 Einwohner. Es erhielten mehr Männer (5.449), 52,4 % der Leistungsempfängenden, als Frauen (4.951) diese Leistung (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 2.22-1 a). Diese Personen lebten am 31.12.2014 in 9.723 Bedarfsgemeinschaften (2013: 8.477). Darunter waren 1.620 Bedarfsgemeinschaften mit 2.040 minderjährigen Kindern (2013: 1.580/1.982) (vgl. Tabelle 3.2).

Zählt man die in Einrichtungen lebenden Personen mit Hilfe zum Lebensunterhalt mit hinzu, so waren am Ende 2014 in Berlin **22.381 Personen auf diese Hilfe angewiesen**. Fast 11 % (2.432) waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (vgl. Abbildung 3.13).

Für die Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen fielen im Jahr 2014 Kosten in Höhe von 51,6 Millionen Euro an, ein Zuwachs von etwa 7 Millionen Euro (+13,5 %) gegenüber dem Vorjahr. Mit den Ausgaben für Leistungen in Einrichtungen ergab sich für das 3. Kapitel SGB XII ein Ausgabenvolumen von ca. 80 Millionen Euro.

Am Jahresende 2014 lag die Empfängerzahl der **Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung außerhalb von Einrichtungen (4. Kapitel SGB XII)** mit 64.530 Personen 5,3 % über dem Wert des Jahres 2013 (61.257 Personen). Im Jahr 2014 betrug der Anteil dieser Grundsicherungsleistungsempfängenden 18,9 je 1.000 Einwohner (2013: 17,9 je 1.000). Etwa gleich viel Frauen (32.477) wie Männer (32.053) bekamen diese Unterstützung (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 2.22-1 b). Nach Bedarfsgemeinschaften gegliedert zeigt die Tabelle 3.3 u. a. Bedarfsgemeinschaften mit Kindern unter 18 Jahren.

Abbildung 3.13:
Empfänger/innen (Alter: unter 18 Jahren) von Leistungen gemäß 3. Kapitel SGB XII in Berlin am 31.12.2014 nach Altersgruppen



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

Tabelle 3.2:

Bedarfsgemeinschaften von Empfänger/innen gemäß 3. Kapitel SGB XII in Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 31.12.) außerhalb von Einrichtungen mit Minderjährigen als Hilfeempfänger/innen

Typ der Bedarfsgemeinschaft	BG mit Minderjährigen insgesamt	Darunter mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren	Zahl der Minderjährigen in BGen	Davon										Darunter nichtdeutsche Minderjährige	
				im Alter von ... bis unter ... Jahren											
				unter 1	1 - 2	2 - 3	3 - 6	6 - 7	7 - 11	11 - 15	15 - 18	unter 15	15 - 18		
														unter 15	15 - 18
2014															
Ehepaare mit Kindern unter 18 Jahren	153	149	255	9	13	15	56	20	63	71	8	121	7		
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern unter 18 Jahren	24	24	32	.	3	7	8	3	7	3	-	12	-		
Alleinerziehende mit männlichem Haushaltsvorstand	75	75	98	-	-	-	13	7	20	57	.	9	-		
Alleinerziehende mit weiblichem Haushaltsvorstand	522	513	674	22	24	35	118	45	171	243	16	87	.		
Sonstige Bedarfsgemeinschaften	264	263	399	24	44	36	92	21	87	91	4	121	3		
Einzel nachgewiesene Minderjährige	582	566	582	4	12	24	85	37	174	230	16	43	3		
BG mit Minderjährigen insgesamt	1.620	1.590	2.040	60	96	117	372	133	522	695	45	393	14		
2013															
Ehepaare mit Kindern unter 18 Jahren	149	145	239	9	18	22	63	8	51	59	9	129	5		
Nichteheliche Lebensgemeinschaften mit Kindern unter 18 Jahren	22	22	35	.	.	7	16	3	4	.	-	19	-		
Alleinerziehende mit männlichem Haushaltsvorstand	61	60	75	-	-	.	9	3	18	42	.	6	.		
Alleinerziehende mit weiblichem Haushaltsvorstand	414	401	560	23	34	34	96	31	127	191	24	75	7		
Sonstige Bedarfsgemeinschaften	373	367	512	37	36	38	110	25	113	144	9	110	.		
Einzel nachgewiesene Minderjährige	561	559	561	5	11	18	92	36	182	215	.	41	-		
BG mit Minderjährigen insgesamt	1.580	1.554	1.982	75	101	120	386	106	495	653	46	380	14		

Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme sind mit der notwendigen Geheimhaltung kleiner Werte (gekennzeichnet mit .) begründet.

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

In Berlin insgesamt (außerhalb von und in Einrichtungen) lebten 73.983 Personen im Jahr 2014 von Grundsicherungsleistungen des 4. Kapitel SGB XII.

Im Jahr 2014 entfielen Ausgaben in Höhe von über 376 Millionen Euro auf Grundsicherungsleistungen außerhalb von Einrichtungen, 7,5 % (28,2 Millionen Euro) mehr als 2013. Zusammen mit den Kosten für Personen mit Grundsicherung, die in Einrichtungen lebten, lagen die Ausgaben in Berlin bei rund 449 Millionen Euro.

Fasst man die Personenkreise zusammen, so erhielten 74.930 Personen am 31.12.2014, welche außerhalb von Einrichtungen lebten, Transferleistungen nach dem **3. und 4. Kapitel des SGB XII** (Hilfe zum Lebensunterhalt und bedarfsorientierte Grundsicherung). 21,9 von 1.000 Einwohnern in der Bevölkerung waren auf diese Unterstützung angewiesen, dieser Wert lag über dem von 2013 (20,6 je 1.000). Im Vergleich zu 2013 nahm deren Zahl um 4.562 Personen zu (+6,5 %). 13,9 % der 74.930 Hilfeempfangenden bezogen **laufende Hilfe zum Lebensunterhalt** und 86,1 % erhielten **bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung**. Dieses Verhältnis hat sich gegenüber dem Vorjahr zu Gunsten der Grundsicherung geringfügig geändert. Die Kosten, die im Jahr 2014 für Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen aufgewendet wurden, beliefen sich auf rund 427,8 Millionen Euro. Dieser Wert lag 8,9 % über dem des Vorjahres (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 2.22-1 a/b).

Tabelle 3.3:

Bedarfsgemeinschaften von Empfänger/innen bedarfsorientierter Grundsicherung gemäß 4. Kapitel SGB XII in Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 31.12.) außerhalb von Einrichtungen nach Typ der Bedarfsgemeinschaft
- absolut und Anteil in %

	2014		2013	
	absolut	%	absolut	%
Bedarfsgemeinschaften insgesamt	61.231	100,0	58.030	100,0
davon:				
Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsvorstand zusammen				
Ehepaare				
ohne Kinder unter 18 Jahren	9.491	15,5	8.851	15,3
mit Kindern unter 18 Jahren	102	0,2	307	0,5
Nichteheliche Lebensgemeinschaften				
ohne Kinder unter 18 Jahren	310	0,5	304	0,5
mit Kindern unter 18 Jahren	9	0,0	21	0,0
Alleinlebende¹⁾				
männlich	24.944	40,7	22.760	39,2
weiblich	25.599	41,8	24.199	41,7
Alleinerziehende				
männlich	50	0,1	46	0,1
weiblich	241	0,4	262	0,5
Bedarfsgemeinschaften ohne Haushaltsvorstand zusammen²⁾				
Sonstige Bedarfsgemeinschaften mit ... Haushaltsangehörigen				
2 Volljährigen	321	0,5	841	1,4
2 Volljährigen und mindestens einem Minderjährigen	30	0,0	75	0,1
1 Volljährigen und mindestens einem Minderjährigen	51	0,1	247	0,4
Sonstige einzeln nachgewiesene Haushaltsangehörige	59	0,1	50	0,1
Anderweitig nicht erfaßte Bedarfsgemeinschaften	24	0,0	67	0,1
Bedarfsgemeinschaften				
Bedarfsgemeinschaften ohne Personen unter 18 Jahren	60.401	98,6	56.667	97,7
Bedarfsgemeinschaften mit Personen unter 18 Jahren	830	1,4	1.363	2,3

¹⁾ einzeln nachgewiesene Haushaltsvorstände.

²⁾ bei Bedarfsgemeinschaften ohne Haushaltsvorstand sind die Angaben für den (die) Ehegatten(in) bzw. den (die) älteste(n) Hilfeempfänger(in) maßgebend. Anspruchsberechtigt auf eigene Leistungen nach 4. Kapitel SGB XII sind Personen ab 18 Jahren. D.h. Kinder in BG des 4. Kapitel SGB XII erhalten entweder andere oder ggf. auch ausreichenden privaten Unterhalt etc..

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

Außerhalb und in Einrichtungen waren es insgesamt 96.364 Hilfeempfangende, die Leistungen des 3. und 4. Kapitel SGB XII bekamen. Auf diese Leistungen entfielen im gesamten Jahr 2014 Kosten von ca. 529 Millionen Euro.

Insgesamt wurden für Leistungen nach dem SGB XII (Kapitel 3 bis 9) in Berlin im Jahr 2014 ca. 1,7 Milliarden Euro ausgegeben. Dieser Wert lag 4,1 % über dem des Jahres 2013. Zu dieser Ausgabenhöhe haben auch die nachfolgend betrachteten gewährten ausgewählten Gesundheits- und Pflegeleistungen beigetragen (vgl. im GSI verfügbare Tabellen 10.8z-1a/10.8z-1b).

3.4.2 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen (5. bis 7. Kapitel SGB XII)

Auf Grundlage des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) werden nicht krankenversicherte Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem SGB XII leistungsrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt (sogenanntes „Chipkartenverfahren“). Sie gelten als **Anspruchsberechtigte nach § 264 Abs. 2 SGB V**. Beziehende von Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem 3. Kapitel SGB XII müssen, um die Voraussetzungen zu erfüllen, mindestens einen Monat im ununterbrochenen Leistungsbezug stehen. Insgesamt hat damit die überwiegende Mehrheit der Leistungsberechtigten nach dem SGB XII einen Anspruch auf die Übernahme der Krankenbehandlung durch die gesetzlichen Krankenkassen.

Der Kreis der sonstigen Anspruchsberechtigten, **Leistungen nach dem 5. Kapitel SGB XII - Hilfen zur Gesundheit** zu bekommen, ist sehr beschränkt. Diese Leistungen werden vom Sozialhilfeträger nur noch für den Personenkreis direkt erbracht, der im vorgenannten Sinne nicht leistungsberechtigt ist. Es handelt sich hierbei um Personen, die voraussichtlich nicht mindestens 1 Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) beziehen und nicht krankenversichert sind. Auch diese Leistungen entsprechen dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung und werden nachrangig einer Pflicht-, Familien- oder freiwilligen Versicherung gewährt. Unter diesen Voraussetzungen können werdende Mütter, während und nach der Schwangerschaft im Rahmen der Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) durch das Sozialamt entsprechende Leistungen gewährt bekommen.

Die Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel SGB XII umfassen:

- Vorbeugende Gesundheitshilfe (§ 47 SGB XII),
- Hilfe bei Krankheit (§ 48 SGB XII),
- Hilfe zur Familienplanung (§ 49 SGB XII),
- Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 50 SGB XII),
- Hilfe bei Sterilisation (§ 51 SGB XII).

Diese Hilfen regeln z. B. die ärztliche Betreuung (einschl. der Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft), die Versorgung mit Arznei-, Verbands- und Heilmitteln, die Hebammenhilfe, die stationäre Entbindung, die häusliche Pflege (häusliche Krankenpflege), die Hausgeburt (wenn erforderlich eine Haushaltshilfe) und die Versorgung im Geburtshaus.

Zusätzlich sind darüber hinaus weitere materielle Hilfen, die keine Gesundheitsleistungen sind, für die Zeit der Schwangerschaft und nach der Entbindung möglich:

- nach § 30 SGB XII wird für werdende Mütter nach der 12. Schwangerschaftswoche ein Mehrbedarf von 17 vom Hundert der maßgebenden Regelbedarfsstufe anerkannt

und

- nach § 31 SGB XII können Leistungen für Erstausrüstungen für Bekleidung und bei Schwangerschaft und Geburt, wie z. B. Umstandskleidung und Säuglingsausstattung beantragt werden.

Die Zahl der **Anspruchsberechtigten nach § 264 Abs. 2 SGB V** ist in Berlin seit 2011 rückläufig. Am Stichtag 31.12.2014 (7.247 Personen) lag sie 5,4 % unter dem Wert von 2013 und wies im Vergleich zum Jahr 2011 eine um 963 Personen (-11,7 %) geringere Zahl aus.

Bei den Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung gemäß § 264 Abs. 7 SGB V ist zu 2013 ein Rückgang zu verzeichnen. Für das Jahr 2014 wurden rund 68,4 Millionen Euro den Krankenkassen erstattet, 0,6 % weniger als 2013. Schon die Höhe der Erstattungen 2013 lag 2,9 % unter denen des Vorjahres.

Bei den Anspruchsberechtigten nach § 264 SGB V ist keine differenzierte Ausweisung zu den Leistungen, die werdende Mütter in Anspruch nehmen können, möglich.

Die Empfängerzahl der unmittelbar vom Sozialamt gewährten Leistungen von **Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII)** hat sich in Berlin in den letzten Jahren auf niedrigem Niveau kaum verändert. In den Jahren 2014 und 2013 lag der Wert knapp über 300 Personen. Von den 304 Personen am 31.12.2014 waren 11 Personen unter 18 Jahre alt, 24 Personen zwischen 18 und 40 Jahre, der größte Teil (rd. 88 %) aber älter als 40 Jahre (vgl. Tabelle 3.4). Die niedrigste Anzahl von Leistungsempfängenden zeigt sich im Jahr 2010 mit 259 Personen.

Tabelle 3.4:

Empfänger/innen ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen gemäß SGB XII in Berlin am 31.12.2014 nach Altersgruppen und Hilfearten

Hilfeart	Insgesamt ¹⁾	Davon im Alter von ... bis unter ... Jahren			
		0 - 18	18 - 40	40 - 65	65 und älter
Hilfen zur Gesundheit ²⁾	304	11	24	243	26
Eingliederungshilfe für behinderte Menschen	28.143	2.374	11.606	12.762	1.401
Hilfe zur Pflege	28.141	40	641	6.743	20.717

¹⁾ Empfänger/innen mehrerer verschiedener Hilfen werden bei jeder Hilfeart (bzw. jedem Ort der Hilfestellung) gezählt. Mehrfachzählungen sind nur insoweit ausgeschlossen, als sie aufgrund der Meldungen erkennbar waren.

²⁾ nur unmittelbar vom Sozialamt erbrachte Leistungen.

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

Die Ausgaben für Hilfen zur Gesundheit (5. Kapitel SGB XII) beliefen sich 2014 auf ca. 5,6 Millionen Euro. Diese Ausgabenhöhe lag 43 % unter den Ausgaben für das Jahr 2013. Ursache könnte hier der Zeitpunkt der Rechnungslegung durch die Krankenkassen sein. Von den Ausgaben für die Hilfen zur Gesundheit entfielen rund 2,1 Millionen Euro auf die Hilfe bei Sterilisation/Familienplanung für zentral abgerechnete Kosten im Rahmen des Behandlungsscheinverfahrens. Bei den direkt über das Sozialamt gewährten Hilfen zur Gesundheit ist die eindeutige Zuordnung zu den Leistungen der §§ 49 - 51 SGB XII nicht hinreichend möglich und auch in den Vorjahren aus abrechnungstechnischen Gründen als unsicher zu betrachten.

Menschen mit Behinderung in die Gesellschaft einzugliedern, diese Aufgabe wird durch den Leistungskatalog der **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)** unterstützt. Dazu gehören u. a. Gesundheitsleistungen wie Leistungen zur medizinischen Rehabilitation oder heilpädagogische Maßnahmen für Kinder. Das verfolgte Ziel soll sein, eine drohende Behinderung zu verhüten bzw. eine bereits vorhandene Behinderung und deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern. Leistungsberechtigt sind Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind.

Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII) erhielten am 31.12.2014 in Berlin 28.143 Personen. Am Jahresende 2014 lag die Empfängerzahl über dem Vorjahreswert (+2,9 %) und 6,6 % über der Empfängerzahl von 2012. Wie im Vorjahr beanspruchten 120 Personen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Von den 2.374 Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (vgl. Tabelle 3.4) nahmen 408 an heilpädagogischen Maßnahmen für Kinder teil, mehr als in den Jahren zuvor.

Sukzessive wie die Empfängerzahlen erhöhten sich auch die Ausgaben für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen von Jahr zu Jahr. Diese lagen im Jahr 2014 mit 731,6 Millionen Euro 4,2 % über denen des Jahres 2013. Auf die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation entfielen etwa 2 Millionen Euro und auf heilpädagogische Leistungen für Kinder rund 3,7 Millionen Euro, auch diese Ausgaben überstiegen die Werte des Vorjahres.

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

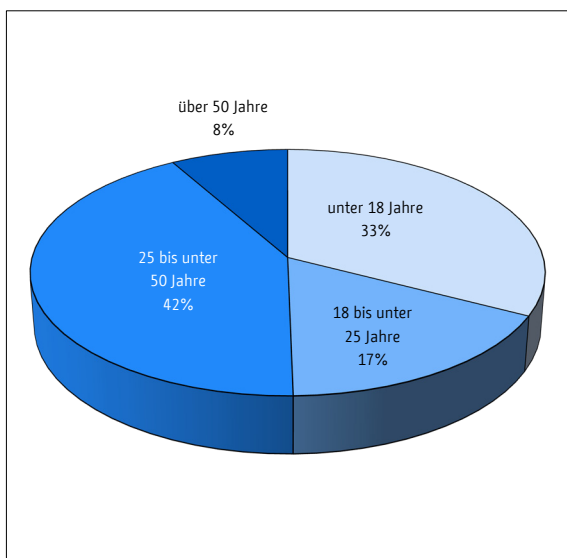
Pflegeleistungen nach dem 7. Kapitel SGB XII bekamen am 31.12.2014 in Berlin 28.141 Personen, 36 Leistungsberechtigte weniger als am 31.12.2013, aber 393 Personen mehr als 2012. Unter den 28.141 Leistungsempfangenden waren 40 Personen minderjährig (vgl. Tabelle 3.4). Außerhalb wie innerhalb von Einrichtungen verringerte sich die Empfängerzahl im Vergleich von 2014 zu 2013 geringfügig.

Im Bereich der Hilfe zur Pflege wendete Berlin im Jahr 2014 rund 356,3 Millionen Euro auf, 1,7 % mehr als im Vorjahr und fast genauso viel wie 2012. Dabei erhöhten sich sowohl in als auch außerhalb von Einrichtungen die Ausgaben im Bezug zu 2013 prozentual in gleichem Maße.

3.4.3 Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Asylbewerberinnen und -bewerber erhalten **Regelleistungen nach § 2 oder 3 des Asylbewerberleistungsgesetzes** (AsylbLG) zur Deckung ihres unmittelbaren Lebensunterhalts. Leistungsberechtigte mit Anspruch nach § 3 AsylbLG erhalten Grundleistungen. Darüber hinaus werden Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG sowie im Bedarfsfall sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG gewährt. Nach einer „Wartefrist“ von 48 Monaten (Rechtsänderung zum 01.03.2015 - > 15 Monate) werden die Leistungen im Regelfall auf das Sozialhilfeniveau angehoben (§ 2 AsylbLG).

Abbildung 3.14:
Empfänger/innen von Regelleistungen gemäß
Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin am 31.12.2014
nach Altersgruppen
- in %



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

Auch 2014 lag die Empfängerzahl wie in den Jahren zuvor über der des Vorjahres. Am 31.12.2014 erhielten 24.541 Personen Leistungen nach dem AsylbLG, rund 42 % (+7.279 Personen) mehr als 2013. 9.829 Frauen und 14.712 Männer bekamen diese Leistung, ein Verhältnis von 40:60. Fast ein Drittel (32,5 %) waren unter 18 Jahre alt. 17,2 % in der Altersgruppe von 18 bis unter 25 Jahren, bei ca. 42 % lag das Alter zwischen 25 und 50 Jahren und 8,3 % waren über 50 Jahre alt (vgl. Abbildung 3.14). Ausschlaggebend waren höhere Empfängerzahlen bei der Zentralen Leistungsstelle (ZLA) und der Zentralen Aufnahmeeinrichtung für Asylbewerber (ZAA) (2013 zu 2014: +77,4 %).

Die Empfängerquote von Leistungen nach dem AsylbLG an der Bevölkerung insgesamt lag am 31.12.2014 mit 7,2 je 1.000 und an der ausländischen Bevölkerung mit 53,5 je 1.000 weit über den Werten von 2013 (5,0 bzw. 37,6) (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 2.22-2). Die Leistungsbezieher

nach dem Asylbewerberleistungsgesetz lebten in Berlin am 31.12.2014 in 14.369 Bedarfsgemeinschaften und am 31.12.2013 in 9.999 Bedarfsgemeinschaften. Nach Haushaltstypen gegliedert zeigt die Tabelle 3.5 u. a. Ehepaare (2014: 2.414; 2013: 1.868), nichteheliche Lebensgemeinschaften (2014: 90; 2013: 108) mit Kindern unter 18 Jahren und Alleinerziehende.

Die Ausgaben nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in Berlin betragen 2014 rund 185,3 Millionen Euro, sie lagen damit 44,7 % über den Ausgaben des Vorjahres. Von diesen Ausgaben entfielen 16,2 % auf die nachfolgend aufgeführten ausgewählten Gesundheits- und Pflegeleistungen für Asylbewerberinnen und -bewerber (vgl. im GSI verfügbare Tabellen 10.8z-2a).

Tabelle 3.5:
Bedarfsgemeinschaften von Regelleistungsempfänger/innen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 31.12.) nach Haushaltstypen
- absolut und Anteil in %

Haushaltstyp/Jahr	2014		2013	
	absolut	%	absolut	%
Bedarfsgemeinschaften insgesamt	14.369	100,0	9.999	100,0
davon:				
Bedarfsgemeinschaften mit Haushaltsvorstand zusammen				
Ehepaare				
ohne Kinder unter 18 Jahren	2.191	15,2	1.189	11,9
mit Kindern unter 18 Jahren	2.414	16,8	1.868	18,7
Nichteheliche Lebensgemeinschaften				
ohne Kinder unter 18 Jahren	128	0,9	128	1,3
mit Kindern unter 18 Jahren	90	0,6	108	1,1
Alleinlebende¹⁾				
männlich	6.608	46,0	4.253	42,5
weiblich	1.560	10,9	1.105	11,1
Alleinerziehende				
männlich	8	0,1	7	0,1
Bedarfsgemeinschaften ohne Haushaltsvorstand zusammen²⁾	14	0,1	3	0,0
Anderweitig nicht erfaßte Bedarfsgemeinschaften	1.257	8,7	1.233	12,3
Bedarfsgemeinschaften				
ohne Personen unter 18 Jahren	10.075	70,1	6.434	64,3
mit Personen unter 18 Jahren	4.294	29,9	3.565	35,7

¹⁾ einzeln nachgewiesene Haushaltsvorstände.

²⁾ Bei Haushalten ohne Haushaltsvorstand sind die Angaben für den (die) älteste(n) Hilfeempfänger(in) maßgebend.

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

3.4.4 Ausgewählte Gesundheits- und Pflegeleistungen nach dem AsylbLG

Wie bereits erwähnt, können Leistungsberechtigte nach § 3 AsylbLG bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt **Gesundheitsleistungen nach § 4 AsylbLG** in Anspruch nehmen.

Gewährt werden zur Behandlung ärztlicher und zahnärztlicher akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen Arznei- und Verbandmittel sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen. Dazu gehören auch die von der ständigen Impfkommision empfohlenen Schutzimpfungen und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Gemäß § 4 Abs. 2 AsylbLG existiert ein Rechtsanspruch für werdende Mütter und Wöchnerinnen auf ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel.

Soweit Leistungen der Krankenbehandlung in § 4 AsylbLG nicht vorgesehen, aber zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind, können diese auf der Grundlage des § 6 AsylbLG erbracht werden. Weiterhin können auf dieser Rechtsgrundlage zur Sicherung des Lebensunterhalts z. B. ergänzende Leistungen für Kranke, Schwangere, Krankenkost, Umstandskleidung, Babyerstaussstattung, Kinderwagen, Sonderbedarf an Bekleidung, Wäsche und Schuhe gewährt werden.

Für den **Personenkreis des § 2 AsylbLG** wird die Erbringung von Leistungen zur Verhütung von Krankheiten sowie zur Empfängnisverhütung, Sterilisation, zur Früherkennung und zur Behandlung einer Krankheit nach den Bestimmungen der gewählten gesetzlichen Krankenversicherung auf Rechtsgrundlage des § 264 Abs. 2 SGB V geregelt.

Die Erstattungen an Krankenkassen für die Übernahme der Krankenbehandlung gem. § 264 Abs. 7 SGB V addierten sich 2014 auf rund 5,4 Millionen Euro, 5,6 % weniger als 2013. Darunter waren etwa 17.700 Euro für die Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft ausgewiesen.

Die Ausgaben für die Hilfen nach § 4 AsylbLG betragen im Laufe des gesamten Jahres 2014 ca. 23,4 Millionen Euro, fast doppelt so viel wie im Jahr 2013. Grund für die Steigerung war, dass beim Abschluss des Haushaltsjahres 2013 für diesen Personenkreis die Krankenkassenendabrechnung buchungstechnisch nicht mehr berücksichtigt werden konnte.

Ein kleiner Anteil, ca. 16.700 Euro, dieser Ausgaben wurde 2014 für die Hilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen verbucht.

Asylbewerberinnen und -bewerber nach § 2 AsylbLG können Leistungen analog der **Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (6. Kapitel SGB XII)** und der **Hilfe zur Pflege (7. Kapitel SGB XII)** erhalten. Für die Eingliederungshilfe für behinderte Menschen wurden 2014 fast 310 Tausend Euro und für die Hilfe zur Pflege etwas über 930 Tausend Euro aufgewendet.

Die Anzahl der Personen, welche oben genannte Leistungen erhielten unterliegt im Zusammenhang mit den Gewährungs- und Abrechnungsmodalitäten einer statistischen Untererfassung, weshalb an dieser Stelle von einer Darstellung abgesehen wird.

Anmerkung zu Abschnitt 3.4: Empfängerzahlen und Ausgabenbeträge sind aufgrund unterschiedlicher zeitlicher Bezüge nicht unmittelbar miteinander in Bezug zu setzen.

4 Geburtshilfliche und frühkindliche Versorgung und Inanspruchnahme

In diesem Kapitel sind Beiträge externer Autorinnen und Autoren zur Beschreibung der Versorgungssituation rund um die Geburt sowie zur Inanspruchnahme von Angeboten zusammengestellt. Durch vielfältige Beiträge von unterschiedlichen im Versorgungssystem eingebundenen Akteuren können ein Blick aus verschiedenen Perspektiven sowie eine Einsicht in die Praxis mit Fallbeispielen erfolgen. Es handelt sich dabei sowohl um den ambulanten als auch stationären Bereich. Unter anderem werden Angebote für Schwangere, junge Mütter, Familien mit Säuglingen sowie Kleinkindern beschrieben. Einzelne Unterthemen können sich durch die verschiedenen Autorinnen und Autoren doppeln.

4.1 Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin

Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin wurde im Jahr 2003 in Trägerschaft von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V., der Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung in den beiden Bundesländern Berlin und Brandenburg eingerichtet. Sie wird von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales sowie der Arbeitsgemeinschaft der gesetzlichen Krankenkassen und Krankenkassenverbände paritätisch gefördert. Zudem ist sie Teil des bundesweiten Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit.

Aufgabe und zugleich **Ziel** der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin ist es, Transparenz und Orientierung über bestehende Strukturen und Angebote zur Gesundheitsförderung in Berlin und den Berliner Bezirken herzustellen sowie die Vernetzung unter den Akteurinnen und Akteuren zu optimieren. Außerdem unterstützt sie die Qualitätsentwicklung und begleitet die Umsetzung gesundheitsfördernder Prozesse auf lokaler, bezirklicher sowie auf Landesebene. Immer mit dem Fokus darauf, die Gesundheits- und Teilhabechancen insbesondere von Menschen in schwierigen sozialen Lebenslagen zu erhöhen und damit gesundheitliche Chancengleichheit in Berlin zu stärken.

Seit dem Jahr 2009 bearbeitet die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin im Auftrag der Förderer die Schwerpunkte Gesundheitsförderung rund um die Geburt bzw. bei Kindern unter drei Jahren, Gesundheitsförderung in Berliner Quartieren, Bezirken und Gesundheitsförderung bei Langzeitarbeitslosen.

4.1.1 Gesundheitsförderung und Prävention in der Phase rund um die Geburt - Allen Kindern und ihren Familien in Berlin einen guten Start ins Leben ermöglichen

Berlin ist geprägt von einer heterogenen Bevölkerungsstruktur und großer sozialer Ungleichheit. Diese Faktoren beeinflussen die Chancen auf ein gutes und gesundes Leben, denn soziale und gesundheitliche Ungleichheit hängen eng miteinander zusammen. Kinder sind in ihren Lebensbedingungen stark von der Lebenslage ihrer Familie abhängig. Ob sie sich gut und gesund entwickeln können, hängt zu großen Teilen damit zusammen, in welchen sozialen Verhältnissen sie aufwachsen. Armut ist dabei der größte **Risikofaktor** für eine Entwicklung in Wohlergehen. Je früher und je länger Kinder unter Armutbedingungen aufwachsen, desto größer sind die negativen Auswirkungen auf ihren Entwicklungsverlauf und auf

ihre Gesundheits-, Bildungs-, Teilhabe- und Zukunftschancen. In Berlin setzt sich der Trend fort, dass immer mehr Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen abgehängt und von gesellschaftlicher Teilhabe ausgeschlossen werden. Diese Tatsache kann nicht zufriedenstellen und soll Ansporn sein, diesen Entwicklungen entgegenzuwirken. Dabei liegen insbesondere in der Phase rund um die Geburt große Potenziale, die Weichen für Kinder und ihre Familien positiv zu stellen. Denn eine frühe Unterstützung durch gesundheitsfördernde und präventive Angebote - idealerweise von der Schwangerschaft an und in den ersten Lebensmonaten des Kindes - verbessert die Chancen für eine gute und gesunde Entwicklung.

In Berlin gibt es viele gute Ansätze, Strukturen, Versorgungs- und Unterstützungsangebote zur Gesundheitsförderung und Prävention in der Phase rund um die Geburt. Sie werden von unterschiedlichen Einrichtungen, Institutionen und Trägern bereitgestellt. Zu den zentralen Herausforderungen zählen die ressortübergreifende Zusammenarbeit aller Akteurinnen und Akteure, der tatsächliche Zugang zu Berliner Familien in schwierigen sozialen Lebenslagen, die positive Gestaltung von Übergängen zwischen Lebensphasen (z. B. Schwangerschaft-Familie und Familie-Kita) und die gelingende Überleitung von einem Angebot in ein nächstes sowie die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten wie Kitas, Familienzentren oder Stadtteile.

4.1.2 Präventionsketten - integrierte bezirkliche Strategien - Gesundes Aufwachsen in Berlin von Anfang an strategisch angehen

Gesundheitsförderung und Prävention sind **Gemeinschaftsaufgaben** aller Akteurinnen und Akteure, die in diesem Bereich aktiv sind. Nur durch eine aufeinander abgestimmte Zusammenarbeit mit Familien sowie mit Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Institutionen wie Geburtseinrichtungen, Familienzentren, Kitas, Angebote des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Kinder- und Jugendhilfe, der Krankenkassen, der Quartiersmanagements etc. kann gewährleistet werden, dass Kinder in ihrer Entwicklung von Anfang an optimal unterstützt und gefördert werden. Doch gerade hier liegt oft die größte **Herausforderung**, denn Gesundheits- und Sozialsystem sind versäult und die verschiedenen Verantwortungsbereiche oft nicht ausreichend gut miteinander verzahnt. Umso mehr ist es erforderlich, dass auf professioneller Ebene im Dialog zu einer gemeinsamen Sprache und vor allem zu gemeinsam abgestimmten, übergreifenden Handlungszielen gefunden wird und die unterschiedlichen Politikbereiche im Sinne einer integrierten bezirklichen Strategie für gesundes Aufwachsen zusammenarbeiten.

Tabelle 4.1:
Merkmale der Präventionskette

Prävention statt Krisenintervention	Familien erhalten so früh bzw. rechtzeitig wie möglich Unterstützung, um familiäre Ressourcen zu stärken und Belastungen zu verringern. Das Unterstützungssystem reagiert nicht erst, wenn bereits Schwierigkeiten aufgetreten sind.
Ressourcenorientierung	Die vorhandenen Ressourcen von Kindern und ihren Familien stehen im Mittelpunkt. Ressourcenorientierung heißt außerdem, die vorhandenen strukturellen, personellen und finanziellen Ressourcen vor Ort zu nutzen, um bestehende gute Ansätze und Angebote weiterzuentwickeln und parallele Strukturen zu vermeiden.
Lebenslaufbezogen	Die jeweiligen Entwicklungsphasen von Kindern und die Übergänge zwischen diesen Lebensphasen sind Ausgangspunkt. Die erfolgreiche Bewältigung der Übergänge trägt maßgeblich zur Entwicklung gesundheitlicher Ressourcen und zur Stärkung individueller und familiärer Kompetenzen bei.
Familienzentriert	Die Perspektive von Kindern und ihren Familien steht im Mittelpunkt. Ziel ist es, die Angebote an den Ressourcen und Bedürfnissen der Familien auszurichten.
Lebenswelt- bzw. Sozialraumorientiert	Angebote und Aktivitäten werden so geplant, dass sie den Bedingungen des Wohnumfeldes entsprechen. Kleinräumig erhobene Sozial- und Gesundheitsdaten geben Auskunft darüber, wo im Bezirk wie viele Menschen unter besonderen Belastungen leben und wo Zugangsschwellen zu Unterstützungsangeboten bestehen. Zu einer gelungenen Lebensweltorientierung gehört auch, dass die vorhandenen Unterstützungsangebote niedrigschwellig sind, d.h. kostengünstig und gut erreichbar im direkten Wohnumfeld liegen.
Partizipativ	Alle Akteurinnen und Akteure, einschließlich der Familien, beteiligen sich an der Gestaltung von Angeboten. Partizipation und Empowerment sind Schlüsselgrößen für erfolgreiche Gesundheitsförderung und Prävention.

(Darstellung: Gesundheit Berlin Brandenburg)

Integrierte bezirkliche Strategien, sogenannte „**Präventionsketten**“, zielen darauf ab, vom Nebeneinander vieler Angebote und Strukturen noch stärker zu einem Miteinander zu kommen. Bisher voneinander getrennt erbrachte Leistungen und Angebote sollen besser aufeinander abgestimmt werden, damit sie ineinandergreifen und sich gegenseitig ergänzen. Der Begriff Präventionskette steht für eine Neuorientierung und Neustrukturierung der Hilfesysteme mit der Absicht, allen Kindern und Jugendlichen positive Lebens- und Teilhabebedingungen zu eröffnen. Dabei sollen insbesondere die Ressourcen und Kompetenzen der verantwortlichen öffentlichen und gesellschaftlichen Akteurinnen und Akteure sowie Institutionen gebündelt werden, um Synergieeffekte zu erzeugen. Ziel ist es, in den Bezirken und Stadtteilen den Rahmen zu schaffen, der allen Familien ein Leben in Wohlbefinden und bei guter Gesundheit ermöglicht – unabhängig von ihrer sozialen Lage. Die Merkmale einer Präventionskette sind der Tabelle 4.1 zu entnehmen.

Viele Berliner Bezirke sind auf einem guten Weg integrierte bezirkliche Strategien für ein gesundes Aufwachsen zu entwickeln. Ein wichtiger Schritt, insbesondere hinsichtlich der Stärkung präventiver Unterstützungsstrukturen in der Phase rund um die Geburt, ist mit der Umsetzung des Bundeskinderschutzgesetzes und der Etablierung der bezirklichen Netzwerke Frühe Hilfen getan. Gesundheitsförderung rund um die Geburt bzw. die Frühen Hilfen sind damit in allen Berliner Bezirken und auf Landesebene durch die Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke Frühe Hilfen Berlin (LKS) als Querschnittsthemen verankert worden. In jedem Bezirk gibt es entsprechende Netzwerke, aufsuchende Angebote werden u. a. durch Familienhebammen und Ehrenamtsstrukturen ausgebaut, ebenso wie niedrigschwellige Angebote zur Stärkung von Elternkompetenzen.

4.1.3 Produkte der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit

Handlungsleitfaden Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin

Vor dem Hintergrund der Berliner Strukturen und den damit einhergehenden Herausforderungen für Gesundheitsförderung und Prävention in der Phase rund um die Geburt hat die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin in Zusammenarbeit mit Berliner Expertinnen und Experten einen **Handlungsleitfaden** „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin“ entwickelt. Er richtet sich an Berliner Entscheidungsträgerinnen und -träger und an Fachkräfte, die mit Familien rund um die Geburt arbeiten. Er bietet fachliche Orientierung zu gesundheitsbezogenen Themen rund um die Geburt, formuliert Bedarfe und Qualitätserfordernisse für die Landes-, Bezirks- und lokale Ebene und stellt gute Berliner Beispiele vor.

Link zum Handlungsleitfaden „Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin“:
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/berlin

Baby-Berlin App und Fahrplan „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“

Die **Baby-Berlin App** stellt (werdenden) Eltern einheitliche Informationen insbesondere zu gesundheitlichen, finanziellen und behördentechnischen Unterstützungsmöglichkeiten in der Zeit der Schwangerschaft und nach der Geburt des Kindes zur Verfügung. Sie bündelt Informationen, Termine und Adressen für alle 12 Berliner Bezirke. Sie ist kostenlos und neben Deutsch auch in Englisch, Türkisch und Russisch verfügbar. Die App wurde im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziert und von der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Berlin entwickelt.

Analog zur Baby-Berlin App gibt es mittlerweile in neun Berliner Bezirken gedruckte **Fahrpläne**, die Schwangere und (werdende) Eltern darüber informieren, was sie in der Zeit vor und nach der Geburt ihres Kindes alles bedenken müssen und welche Dinge es zu erledigen gilt. Die Idee zum Fahrplan „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“ ist im Rahmen des Modellvorhabens „Gesund aufwachsen in Marzahn-Hellersdorf“ entwickelt und in Zusammenarbeit mit Fachkräften aus dem Bezirk umgesetzt worden. Im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit konnte das Modell im Sinne von Transfer guter Praxis erfolgreich auf acht weitere Bezirke (Charlottenburg-Wilmersdorf, Friedrichshain-Kreuzberg, Lichtenberg, Pankow, Reinickendorf, Spandau, Steglitz-Zehlendorf, Tempelhof-Schöneberg) übertragen werden.

Link zur Baby-Berlin App und zu den Fahrplänen „Was ist wichtig in der Zeit rund um die Geburt?“
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/info-zur-app-rund-um-die-geburt>

4.2 Geburtshilfliche und pädiatrische ambulante Versorgung

Die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Berlin ist im Zusammenwirken mit den Krankenkassen gemäß § 72 SGB V für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung zuständig. Der Zulassungsausschuss, der sich paritätisch aus Ärzten und Vertretern der Krankenkassen zusammensetzt, steuert seit 2012/13 verstärkt eine bedarfsgerechte flächendeckende Verteilung von Kassensitzen über die Bezirke, auch wenn Berlin nach wie vor ein einziger Planungsbereich ist. Diese Versorgungssteuerung auf Ebene der Berliner Bezirke ist Inhalt eines zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin, der KV Berlin und den Kassen vereinbarten Letter of Intent (LOI, im Internet abzurufen unter: www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/ambulante-versorgung/landesgremium/). Auf diese Weise wird reguliert, dass Praxissitze aus stark überversorgten Bezirken nur noch in weniger überversorgte bzw. unterversorgte Bezirke verlegt werden können.

4.2.1 Ambulante Versorgung durch Kinderärzte und -ärztinnen sowie Gynäkologen und Gynäkologinnen

Nach der Bedarfsplanung ist das Zulassungsfachgebiet Frauenärzte/Gynäkologen mit aktuell 117,7 % für ganz Berlin leicht überversorgt. Schaut man jedoch nach den **Versorgungsgraden** in den einzelnen Bezirken, so sind regionale Ungleichgewichte zu erkennen: Am meisten überversorgt ist der Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf mit 207 %, gefolgt von Mitte mit 152 %. Geringer versorgt hingegen sind Neukölln mit lediglich 61 %, Treptow-Köpenick mit 78 % und Reinickendorf mit 80 %.

Auch im Bereich der Kinderärzte und Kinderärztinnen ist Berlin überversorgt: Für ganz Berlin sind es 145,5 %. Jedoch sind regionale Unterschiede weniger ausgeprägt als bei den Frauenärzten und -ärztinnen. Am meisten überversorgt ist Steglitz-Zehlendorf mit 204 %, Charlottenburg-Wilmersdorf mit 200 % und Pankow mit 175 %. Die geringsten Versorgungsgrade weisen Neukölln mit 100 %, Reinickendorf mit 103 % und Spandau mit 110 % auf (vgl. Tabelle 4.2). Eine bezirkliche Unterver-

Tabelle 4.2:
Anzahl, Versorgungsgrad und Fallzahlen bei Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie Kinderärzten und Kinderärztinnen in Berlin 2012-2015 (Stichtag: 01.01.)

Fachgebiet	2012	2013	2014	2015
Gynäkologen/-innen				
Anzahl	612	620	633	643
Versorgungsgrad	108,5/9	113,9	117,7	
Behandlungsfälle	1.976.222	2.006.075		
Kinderärzte/-innen (hausärztlich und fachärztlich tätig)				
Anzahl	361	363	370	368
Versorgungsgrad	126,6	147,1	145,5	
Behandlungsfälle	910.070	933.432		

Anzahl der Ärzte pro Kopf gerechnet, der Status in der vertragsärztlichen Versorgung (zugelassen, angestellt, ermächtigt) und der Beschäftigungsumfang bleiben unberücksichtigt.

Der Behandlungsfall ist lt. Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) definiert als Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zu Lasten derselben Krankenkasse.

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

sorgung ist im Zulassungsfachgebiet der Kinderärzte derzeit nicht gegeben (vgl.: Zwischenbericht zum Letter of Intent (LOI) der Arbeitsgruppe zur Bedarfsplanung, Oktober 2014, 4. Sitzung des Gemeinsamen Landesgremiums nach § 90 a SGB V am 02.12.2014).

Spezielle Leistungen der Gynäkologen schwangerschafts- und geburtshilflicher Art

Die ambulanten Leistungen schwangerschafts- und geburtshilflicher Art sind gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“) (siehe: www.g-ba.de/downloads/62-492-1223/Mu-RL_2016-04-21_2016-07-20.pdf) in der Fassung vom 05.05.2015 geregelt. Darin ist festgelegt, auf welche **Leistungen** die **gesetzlich krankenversicherte Patientin** Anspruch zu Lasten ihrer Krankenkasse hat, damit, wie es in den Allgemeinen Grundsätzen der Richtlinien heißt, „mögliche Gefahren für Leben und Gesundheit von Mutter oder Kind abgewendet sowie Gesundheitsstörungen rechtzeitig erkannt und der Behandlung zugeführt werden“. Als „vorrangiges Ziel der ärztlichen Schwangerenvorsorge“ wird „die frühzeitige Erkennung von Risikoschwangerschaften und Risikogeburten“ definiert.

Entsprechend sind diese Leistungen in der vertragsärztlichen Gebührenordnung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), abgebildet. Dazu gehören die Betreuungspauschale im Quartal, deren Leistungsumfang in den Mutterschafts-Richtlinien Abschnitt A festgelegt ist, wozu beispielsweise die ausführliche Anamnese, Allgemeinuntersuchung, Impfberatung, ernährungsmedizinische Empfehlungen, aber auch der Hinweis auf den Rechtsanspruch auf Schwangerschaftskonfliktberatung gehören; außerdem diagnostische Untersuchungen der werdenden Mutter und des Fötus:

- im Bereich Ultraschall,
- zahlreiche Labortests der werdenden Mutter,
- Bestimmungen der Blutgruppen, der Blutgruppenmerkmale und des Rhesus-Faktors.

Weitere Leistungen beinhalten die Betreuung der Risikoschwangerschaft wie

- die Planung der Geburtsleitung,
- Fruchtwasserentnahme,
- Fruchtwasserspiegelung,
- Kardiotokographische Untersuchungen (CTG) zur Herzschlagfrequenz des Ungeborenen und zur Wehentätigkeit,
- Gewinnung von Nabelschnurblut sowie Chorionzottergewebe / Plazentagewebe für zytogenetische Untersuchungen.

Außerdem hat die Schwangere Anspruch auf humangenetische Beurteilungen aufgrund vorliegender Befunde, die jedoch nur von Ärzten mit der entsprechenden Qualifikation vorgenommen werden können (Fachärzte für Humangenetik oder Fachärzte mit der Zusatzbezeichnung Medizinische Genetik nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern).

Zu ausgewählten Leistungen und Leistungskomplexen

Schwangere und Wöchnerinnen haben Anspruch auf Betreuung, wobei der Gynäkologe bzw. die Gynäkologin dafür eine **Quartalspauschale** über die EBM-Gebührenordnungsposition (GOP) 01770 abrechnet. Die Betreuungspauschale gilt auch noch für das auf die Entbindung folgende Quartal. Auch bei einem Wechsel der betreuenden Gynäkologin bzw. des Gynäkologen durch die Schwangere kann diese Pauschale nur von einem Arzt abgerechnet werden, nicht von beiden.

Den **Leistungsumfang** gibt die Mutterschafts-Richtlinie vor. Zur Überwachung des Gesundheitszustandes gehört eine festgelegte Anzahl von Untersuchungen und Beratungen, insbesondere die Überwachung von

Risikoschwangerschaften, serologische Untersuchungen auf Infektionen sowie blutgruppenserologische Untersuchungen nach der Geburt und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe bei Rhesusfaktor-D-negativen Frauen.

Die Pauschale kann nur von denjenigen Gynäkologinnen sowie Gynäkologen abgerechnet werden, die auch über eine Abrechnungsgenehmigung der KV für Ultraschallleistungen verfügen, da diese Bestandteil des Leistungsumfangs sind. Im Jahr 2013 rechneten pro Quartal durchschnittlich 545 Gynäkologen und Gynäkologinnen diese Pauschale ab. Rund 36.570 Schwangere wurden versorgt. 2014 stieg diese Anzahl auf 555 Ärzte und Ärztinnen pro Quartal mit 38.971 Schwangeren. Hier ist zu berücksichtigen, dass Berliner Vertragsärztinnen und Vertragsärzte zahlreiche Patientinnen aus dem Land Brandenburg mit versorgen. Damit kann auch die hohe Fallzahl der Schwangerenbetreuungspauschalen erklärt werden, die höher liegt als die Geburtenzahl in Berlin von rd. 35.000.

Hinzu kommen eine Reihe von begleitenden **Laboruntersuchungen** der Schwangeren insbesondere auf Infektionen bzw. Antikörperbestimmungen wie Röteln ohne dokumentierte zweimalige Impfung, Varizellen, Lues als Geschlechtskrankheit, Hepatitis B, HIV auf freiwilliger Basis, auf Toxoplasmose bei medizinisch begründetem Verdacht. Weitere Tests sind erst in den letzten Jahren vom G-BA in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommen und danach in den EBM überführt worden. Dies betrifft die folgenden Screenings, die den Schwangeren auf freiwilliger Basis angeboten werden:

- Seit dem 01.01.2009 gibt es den Test auf genitale Chlamydia trachomatis-Infektion als Bestandteil der gynäkologischen Untersuchung in der Schwangerschaft. Die jährliche Neuerkrankungsrate in Deutschland bei Frauen liegt bei ca. 300.000. Bleibt die Erkrankung unentdeckt und unbehandelt, so kann dies möglicherweise eine spätere Unfruchtbarkeit zur Folge haben. Den Urin der Schwangeren schickt der Gynäkologe zumeist zur Bestimmung in ein Labor ein, dieses rechnet die Leistung dann ab. (siehe Patientinnen-Merkblatt des G-BA zum Clamydientest: www.g-ba.de/downloads/17-98-2509/2009-10-19-Merkblatt-Chlamydienscreening.pdf). Der Clamydientest wurde im Abrechnungsjahr 2013 pro Quartal durchschnittlich von 5.400 Patientinnen in Anspruch genommen, im Jahr 2014 von 7.346 Patientinnen.
- Ab dem 01.07.2013 erfolgt ein Orale Glukosetoleranztest (OGGT) auf Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes). Dieser wird den Schwangeren angeboten, die bisher keinen Diabetes haben. Denn bei Schwangerschaftsdiabetes steigt das Risiko für bestimmte Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen. Betroffene Frauen bedürfen einer Behandlung dieser schwangerschaftsbedingten Erkrankung. Nach der Geburt wird diesen Frauen nochmals ein Zuckertest als Nachweis dafür angeboten, dass sich diese Werte wieder normalisiert haben (siehe Patientinnen-Merkblatt des G-BA zum OGGT: www.g-ba.de/downloads/39-261-1424/2011-12-15_Mu-RL_Screening_GDM_BAnz.pdf). Zum Leistungsumfang gehört zunächst ein Vortest. Sind bestimmte Werte erhöht, findet der eigentliche OGGT nach vorgegebenen Standards statt, den auch die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe durchführt. Auf beide Tests hat die Schwangere einmal je Schwangerschaft Anspruch. Die Blutzuckerbestimmung aus dem entnommenen Venenblut erfolgt zumeist in einem Labor und wird vom diesem abgerechnet. Dem Vortest haben sich in den bisher sechs abgerechneten Quartalen seit Einführung rund 5.600 Schwangere je Quartal unterzogen, den OGGT-Test nach auffälligen Werten davon rund 1.460 Patientinnen. Für alle drei abgerechneten Leistungspositionen (01776, 01777, 01812) sind seit Einführung ansteigende Fallzahlen zu verzeichnen.
- Seit dem 01.01.2014 gibt es ein erweitertes Basis-Ultraschallscreening mit „systematischem Organ-screening“. Das ist eine Ultraschalluntersuchung im zweiten Trimenon (4. bis 6. Schwangerschaftsmonat) nach Anlage 1a der Mutterschafts-Richtlinien. Hierbei kann sich die Patientin mit normal verlaufender Schwangerschaft für drei Basis-Ultraschall-Untersuchungen entscheiden, mit denen die Schwangerschaft und die Kindesentwicklung kontrolliert werden können. Die erste Ultraschalluntersu-

chung erfolgt in der 9. bis 12. Schwangerschaftswoche zur Entwicklung des Fötus und Schätzung des Geburtstermins. In der zweiten Untersuchung in der 19. bis 22. Schwangerschaftswoche kann die Versicherte zwischen der Basis-Ultraschalluntersuchung und der erweiterten Basis-Ultraschalluntersuchung wählen, wobei das Kind ausführlich vermessen sowie der Sitz der Plazenta überprüft wird. Die dritte Untersuchung in der 29. bis 32. Schwangerschaftswoche dient der Vermessung, der Lage des Kindes und der Kontrolle seines Herzschlags. Sind Entwicklungsstörungen erkennbar, kann die Gynäkologin bzw. der Gynäkologe weitere diagnostische Maßnahmen zur Abklärung ergreifen (siehe Patientinnen-Merkblatt des G-BA: www.g-ba.de/downloads/39-261-1680/2013-03-21_Mu-RL_Ultraschallscreening-Merkblatt_BAnz.pdf).

Diese Ultraschalleistung wird bei Mehrlingsschwangerschaften pro Kind abgerechnet. Gynäkologen und Gynäkologinnen dürfen sie nur dann erbringen und mit der KV abrechnen, wenn sie eine besondere Qualifikation im Bereich Ultraschall nachgewiesen haben. Derzeit haben 412 Gynäkologen bzw. Gynäkologinnen die Abrechnungsgenehmigung durch die KV erhalten (Stand: 24.02.2015). 2014 haben rd. 5.500 Patientinnen pro Quartal die neue Leistung genutzt.

Die **Planung der Geburtsleitung** erfolgt gemäß den Mutterschafts-Richtlinien durch den betreuenden Arzt bzw. die betreuende Ärztin der Entbindungsklinik und kann demnach nicht von dem ambulant tätigen Gynäkologen bzw. Gynäkologin berechnet werden, der bzw. die die Patientin in der Schwangerschaft betreut. Laut Mutterschafts-Richtlinien soll der betreuende Arzt bzw. die Ärztin „die Schwangere in der von ihr gewählten Entbindungsklinik rechtzeitig, spätestens vier Wochen vor der zu erwartenden Geburt, vorstellen“ (Abschnitt A Punkt 9). Hausgeburten bzw. Geburten in Geburtshäusern sind keine Leistungen, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind und können somit von niedergelassenen Gynäkologen und Gynäkologinnen nicht mit der KV abrechnen werden.

Die zugehörige Gebührenordnungsposition (GOP) 01780 „Planung der Geburtsleitung“ kann typischerweise von Krankenhausärztinnen und -ärzten abgerechnet werden, die eine Ermächtigung für diese ambulante Leistung durch den Zulassungsausschuss erhalten haben und zugleich über eine Genehmigung der KV Berlin für Ultraschalleistungen verfügen. Die Schwangere bekommt von ihrer betreuenden Gynäkologin bzw. ihrem betreuenden Gynäkologen einen Überweisungsschein (als Zielauftrag), auf dem ausschließlich die GOP 01780 (Planung der Geburtsleitung) vom ermächtigten Krankenhausarzt bzw. -ärztin mit der KV abgerechnet werden kann. 2013 haben im Quartal durchschnittlich 18 Ärztinnen bzw. Ärzte diese Leistung in 858 Fällen erbracht, im Jahr 2013 insgesamt 3432mal. 2014 waren es 20 Ärztinnen und Ärzte mit 999 Fällen pro Quartal, insgesamt 3996 mal.¹ Alle anderen Geburten in Krankenhäusern, Geburtshäusern oder Hausgeburten werden nicht über die KV abgerechnet.

Schließlich ist die **Untersuchung und Beratung der Wöchnerin** gemäß Abschnitt F.1. oder F.2. der Mutterschafts-Richtlinien eine Leistung der Gesetzlichen Krankenkassen. Darin ist festgelegt, dass innerhalb der ersten Woche nach der Entbindung eine erste Untersuchung und ca. nach 6 bis 8 Wochen eine zweite Untersuchung mit vorgegebenem Leistungsumfang erfolgen soll. Die zugehörige GOP 01815 wurde 2013 pro Quartal durchschnittlich von rd. 504 Gynäkologen und Gynäkologinnen bei ca. 7.020 Wöchnerinnen durchgeführt, mit steigender Tendenz in 2014: 517 Ärzte und Ärztinnen pro Quartal mit rd. 7.576 Fällen.

Spezielle Leistungen der Kinderärztinnen und -ärzte im ersten Lebensjahr

Gleich nach der Geburt bis zum Ende des ersten Lebensjahres hat der Säugling Anspruch auf **sechs Früherkennungsuntersuchungen**, die der G-BA in den Kinder-Richtlinien und deren Anlagen fixiert hat. Die festgelegten Untersuchungskomplexe „dienen der Früherkennung von Krankheiten, die eine normale körperliche oder geistige Entwicklung des Kindes in nicht geringem Maße gefährden“, heißt es darin (vgl.: www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf).

¹ Hinweis: Hierbei handelt es sich ausschließlich um die Geburten, die von Krankenhausärzten und -ärztinnen, die vom Zulassungsausschuss eine persönliche Ermächtigung erhalten haben, mit der KV abgerechnet werden.

Als untersuchungsberechtigte Ärzte und Ärztinnen werden diejenigen definiert, „welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach der ärztlichen Berufsordnung dazu berechtigt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen“. Das trifft auf alle Kinderärztinnen und -ärzte sowie Hausärzte und -ärztinnen zu.

Zusätzlich zu den Früherkennungsuntersuchungen werden das erweiterte Neugeborenen-Screening sowie das Neugeborenen-Hörscreening durchgeführt:

- **Erweitertes Neugeborenen-Screening** gemäß Anlage 3 der Kinder-Richtlinien. Der Ablauf ist genau festgelegt: Nach eingehender Aufklärung und der Einwilligung der Eltern nach Bedenkzeit (Elterninformation siehe Anlage 3 www.g-ba.de/downloads/83-691-234/2016-08-26_Merkblatt_erweitertes_NeugeborenenScreening-2010_bf.pdf) wird dem Neugeborenen Venen- oder Fersenblut entnommen und in ein Labor versandt. Dort wird auf Stoffwechseldefekte und endokrine Störungen getestet, die „die körperliche und geistige Entwicklung der Kinder in nicht geringfügigem Maße gefährden“. Damit kann im Krankheitsfall unverzüglich eine entsprechende Therapie eingeleitet werden.

Das Neugeborene sollte für die Untersuchung optimal 48 bis 72 Lebensstunden alt sein (mit Toleranzgrenzen von 36 bis 72 Lebensstunden). Versäumte Probenentnahmen sind unverzüglich nachzuholen, und der Arzt sowie die Ärztin, der bzw. die die U2-Untersuchung (s. u.) durchführt, hat die Dokumentation dieser Blutprobenentnahme zu prüfen.

Der Arzt bzw. die Ärztin, der bzw. die die Geburt verantwortlich geleitet hat, ist auch für die Durchführung dieses Screenings verantwortlich. War dies eine Hebamme oder ein Entbindungspfleger, benennen diese einen verantwortlichen Arzt bzw. Ärztin oder führen das Screening in Eigenverantwortung durch, sofern eine Ärztin bzw. ein Arzt rückgefragt werden kann. Ist der erste Befund auffällig, so wird sofort eine Kontrolluntersuchung veranlasst. Ergibt auch diese einen auffälligen Befund, erfolgt eine medizinische Abklärung und Therapieeinleitung sowie ggf. eine genetische Beratung der Eltern.

Nur Vertragsärzte und -ärztinnen sind zur Abrechnung der GOP (erweitertes Neugeborenen-Screening) mit der KV berechtigt. Im Jahr 2013 haben diese Leistung pro Quartal durchschnittlich 175 Ärzte und Ärztinnen in 408 Fällen erbracht, 2014 blieb die Fallzahl annähernd gleich.

(Hinweis: Wird das Neugeborenen-Screening im Krankenhaus erbracht oder wird es von der Hebamme bzw. dem Entbindungspfleger wie oben beschrieben durchgeführt, so erfolgt die Abrechnung dieser Leistung nicht über die KV und kann somit nicht in die Statistik mit eingehen.)

In Berlin hat ein Kinderarzt, an den alle Blutproben eingesandt werden, die Genehmigung zur Abrechnung der dazugehörigen Laboruntersuchungen (GOP 01708). In den Kinder-Richtlinien Anlage 2 sind hierzu genaue Vorgaben enthalten, auf welche Zielkrankheiten zu testen ist. Es handelt sich um zwölf verschiedene Screenings (siehe § 5), die nach vorgegeben Verfahren mit der KV abgerechnet werden. Die Leistung wurde von diesem Arzt 2013 insgesamt 5.234mal abgerechnet, 2014 war es 4.700mal. Hierbei ist zu beachten, dass er nicht nur die Einsendeproben der Berliner Kinder- und Jugendärzte sowie -ärztinnen untersucht, sondern darüber hinaus auch die zahlreicher Einsender aus dem Land Brandenburg, so dass seine abgerechneten Laborscreenings bedeutend höher sind als die durch die Berliner Kinder- und Jugendärzte sowie -ärztinnen abgerechneten Neugeborenen-Screenings. Die einzelnen Früherkennungsuntersuchungen werden vom durchführenden Arzt bzw. von der durchführenden Ärztin im gelben Untersuchungsheft für Kinder gemäß Anlage 1 der Kinder-Richtlinien dokumentiert.

- **Neugeborenen-Hörscreening** gemäß Anlage 6 der Kinder-Richtlinien (www.g-ba.de/informationen/richtlinien/anlage/122/) zur Erkennung von angeborenen Hörstörungen als Teil der Neugeborenen-Erstuntersuchung (s. u.)

Seit dem 01.01.2010 wird diese Leistung angeboten, die „der Erkennung beidseitiger Hörstörungen ab einem Hörverlust von 35 dB“ dient. Diese „sollen bis zum Ende des 3. Lebensmonats diagnostiziert und

eine entsprechende Therapie bis Ende des 6. Lebensmonats eingeleitet sein“. Das Messverfahren mit den qualitätsgesicherten apparativen Voraussetzungen ist genau festgelegt.

Verantwortlich für die Veranlassung dieser Leistung ist bei Geburt im Krankenhaus der Arzt bzw. die Ärztin, der bzw. die für die geburtsmedizinische Einrichtung verantwortlich ist. Nach Geburt außerhalb eines Krankenhauses veranlasst die Hebamme oder die Ärztin bzw. der Arzt, die bzw. der für die Geburtsleitung verantwortlich ist, das Hörscreening.

Die Untersuchung wird erst nach Aufklärung und Einwilligung der Eltern vorgenommen (siehe Informationsblatt Anlage 7 www.g-ba.de/downloads/83-691-169/2016-08-26_Merkblatt_Neugeborenen-Hoerscreening-2009_bf.pdf). Abgerechnet werden bis zu drei GOPen: Der Zuschlag für die Beratung der Eltern für das Neugeborenen-Hörscreening (01704), das eigentliche Hörscreening (01705), und eine Kontrolluntersuchung (Hirnstammaudiometrie (AABR) (01706)) nach auffälligem Testergebnis der Erstuntersuchung möglichst am selben Tag, spätestens bis zur U2-Untersuchung. Kann ausnahmsweise im Krankenhaus nach auffälliger Erstuntersuchung keine Kontroll-AABR bis zur U2 durchgeführt werden, wird die AABR ambulant bis spätestens zur U3-Untersuchung vorgenommen.

Die beidseitige Hörprüfung (01705) kann bis zum Alter von 3 Tagen, ausnahmsweise mit Begründung bis zum Alter von 28 Tagen, abgerechnet werden. Zur Erbringung der GOP 01705 und 01706 berechtigt sind Kinderärzte und -ärztinnen, HNO-Ärztinnen und -Ärzte sowie Fachärzte und -ärztinnen für Phoniatrie und Pädaudiologie.

Damit das Hörscreening auch bei älteren Säuglingen in begründeten Ausnahmefällen noch durchgeführt werden kann, gilt, dass der bzw. die die U3 durchführende Arzt bzw. Ärztin prüfen muss, ob das Neugeborenen-Hörscreening dokumentiert wurde. Ist dies nicht der Fall, hat er bzw. sie die Untersuchung zu veranlassen sowie Durchführung und Ergebnis zu dokumentieren. Dasselbe gilt auch für die U4- und U5-Untersuchung durchführenden Ärzte und Ärztinnen.

Da die Beratung für das Neugeborenen-Hörscreening, das Screening selbst und ggf. die Kontroll-Hörprüfung nach auffälligem Befund (AABR) zumeist schon im Krankenhaus erfolgt, rechnen nur sehr wenige Ärzte und Ärztinnen diese Leistung mit der KV ab. Das Hörscreening wurde 2013 pro Quartal durchschnittlich von 105 Ärztinnen und Ärzten bei 1.040 Säuglingen abgerechnet. 2014 waren es durchschnittlich 107 Ärztinnen und Ärzte mit 1.076 Fällen quartalsweise. Die Kontroll-AABR erfolgte 2013 von durchschnittlich 25 Ärzten und Ärztinnen bei rd. 85 Säuglingen im Quartal, 2014 waren es 28 mit rd. 95 Fällen.

Zu den Früherkennungsuntersuchungen im Einzelnen:

- Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)
Gemäß den Kinder-Richtlinien soll diese erste Untersuchung unmittelbar nach der Geburt vorgenommen werden. Ziel ist, „lebensbedrohliche Zustände zu erkennen und augenfällige Schäden festzustellen, ggf. notwendige Sofortmaßnahmen einzuleiten“. Die Untersuchung wird entweder vom Arzt bzw. von der Ärztin, wenn nicht anwesend, von der Hebamme durchgeführt. Im Zusammenhang mit der Erstuntersuchung sollten auch die Eltern über das Neugeborenen-Hörscreening beraten werden (GOP 01704, s. o.). Die U1 kann nur dann von Vertragsärzten sowie -ärztinnen mit der KV über die GOP 01711 abgerechnet werden, wenn sie ambulant erbracht wird. Wird die U1 hingegen im Krankenhaus ausgeführt (was zumeist der Fall ist), dann ist sie Teil der stationären Krankenhausbehandlung.
- Neugeborenen-Basisuntersuchung vom 3. bis 10. Lebenstag (U2)
Abrechenbare Toleranzgrenze ist der 3. bis 14. Lebenstag. Neben der eingehenden körperlichen Untersuchung werden insbesondere die Reflexe und das Nervensystem überprüft sowie mögliche Atem- und Schluckstörungen kontrolliert. Auch hier gilt: Sofern die U2 noch im Krankenhaus bzw. in der Entbindungsklinik vorgenommen wird, ist sie als stationäre Leistung mit der KV nicht abrechenbar. Ein weiterer Bestandteil ist die Überprüfung der erfolgten Blutentnahme zum erweiterten Neugeborenen-Screening (s. o.). Wurde die Blutentnahme im Rahmen des Erweiterten-Neugeborenen-Screenings

bisher versäumt, kann sie nun nachgeholt werden. Abrechenbar für die Vertragsärzte sowie -ärztinnen ist jedoch nur die GOP 01712 für die Erbringung der U2. Im Jahr 2013 haben pro Quartal durchschnittlich 300 Ärzte und Ärztinnen die U2 in 1.267 Fällen abgerechnet, im Jahr 2014 waren es 306 Ärzte und Ärztinnen mit 1.345 Fällen.

- Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)

Die abrechenbare Toleranzgrenze ist hier die 3. bis 8. Lebenswoche. In der Untersuchung zur altersgerechten körperlichen Entwicklung des Säuglings wird auf die Körperfunktionen, das Hörvermögen und die angeborenen Reflexe geachtet, weiterhin auf Krämpfe, Schluckstörungen, auf Ernährung, Verdauungsprobleme sowie das Schlafverhalten. Die dazugehörige GOP 01713 wurde 2013 pro Quartal von durchschnittlich 350 Ärzten und Ärztinnen in rd. 7.655 Fällen abgerechnet, 2014 stieg die Anzahl auf rd. 360 Ärztinnen und Ärzte mit rd. 8.100 Fällen an. Das signifikante Ansteigen der Fallzahlen gegenüber der U2-Untersuchung ist darauf zurückzuführen, dass die Untersuchung oftmals die erste bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt bzw. -ärztin ist.

- Hüftsonographie - Screening auf Hüftgelenksdysplasie und -luxation als Teil der U3 (Hüftgelenk Fehlentwicklung und Hüftgelenksverrenkung)

Es handelt sich um die Untersuchung der Hüftgelenke eines Säuglings mittels Ultraschall. Ziel ist, bei Diagnose einer noch unauffälligen Dysplasie eine notwendige Therapie noch vor der 6. Lebenswoche einzuleiten, um das spätere Auftreten einer (Sub)Luxation bzw. die Entwicklung einer Coxarthrose aufgrund einer fortbestehenden Dysplasie zu vermeiden.

Ärztinnen sowie Ärzte benötigen für die Erbringung dieser Leistung eine spezielle Abrechnungsgenehmigung der KV. Deshalb muss der Vertragsarzt sowie die Vertragsärztin, der bzw. die die U3-Untersuchung vornimmt und selbst keine Ultraschallgenehmigung hat, diese Leistung an einen dazu berechtigten Arzt oder Ärztin überweisen (Zielauftrag). Die GOP 01722 haben 2013 im Quartal durchschnittlich 165 Ärzte sowie Ärztinnen in 6.100 Fällen abgerechnet, 2014 stieg diese Anzahl leicht auf rund 170 mit 6250 Fällen an. Damit sind diese Fallzahlen etwas niedriger als die der U3-Untersuchungen, was darauf schließen lässt, dass nicht zu jeder U3-Untersuchung die Hüftsonographie durchgeführt wurde.

- Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)

Die abrechenbare Toleranzgrenze liegt zwischen dem 2. und 4 ½. Lebensmonat. Zusätzlich zu den bisherigen Parametern wird die altersgerechte geistige und motorische Entwicklung kontrolliert, insbesondere Hör- und Sehvermögen. Die entsprechende GOP 01715 wurde 2013 von rund 360 Ärzten sowie Ärztinnen mit ca. 7.620 Fällen pro Quartal erbracht, 2014 stieg die Fallzahl auf rund 365 Ärzte und Ärztinnen mit 7.950 Fällen leicht an.

- Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)

Die abrechenbare Toleranzgrenze liegt zwischen dem 5. und 8. Lebensmonat. Hinzu kommt nun die Überprüfung auf Beweglichkeit und Körperbeherrschung, außerdem der altersgerechten Sprachentwicklung sowie Reaktionen auf Umweltreize (Sinnesentwicklung wie Richtungshören, Überprüfung auf Schielen, Kommunikationsfähigkeit). Die GOP 01715 wurde 2013 pro Quartal wiederum von rund 360 Ärztinnen und Ärzten in 7.640 Fällen abgerechnet, 2014 von rund 365 Ärztinnen und Ärzten mit 7.680 Fällen.

- Untersuchung vom 10. bis 12. Lebensmonat (U6)

Die abrechenbare Toleranzgrenze ist 9. bis 14. Lebensmonat. Zur erneuten Überprüfung auf Körperbeherrschung und Beweglichkeit kontrolliert der Arzt bzw. die Ärztin die sprachliche Entwicklung und das allgemeine Verhalten. Die GOP 01716 wurde 2013 pro Quartal wieder von ca. 360 Ärzten und Ärztinnen mit rd. 7.570 Fällen abgerechnet, 2014 blieben diese Zahlen annähernd gleich.

Die Früherkennungsuntersuchungen sind im Einzelnen auch auf der Seite des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte kurz beschrieben (siehe www.kinderaerzte-im-netz.de/vorsorge/baby-u1-bis-u6/u1-erste-vorsorge/).

Impfen von Säuglingen

Gemäß der Schutzimpfungs-Richtlinie nach § 20 d Abs. 1 SGB V in der Fassung vom 14.02.2015 (www.g-ba.de/downloads/62-492-976/SI-RL_2014-11-20_2014-12-18_iK-2015-02-14.pdf), die auf den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) beruht, sind folgende Impfungen für Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres als **Grundimmunisierung** im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenkassen enthalten:

- ab 2 Monate bis 14 Monate erfolgen 4 Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis, Hepatitis B und Pneumokokken,
- ab 6 Wochen bis zu 4 Monaten erfolgen 2 bis 3 Impfungen gegen Rotaviren, erst seit dem 20.12.2013 ist diese Impfung Kassenleistung,
- ab 11 Monate bis 23 Monate erfolgen 2 Impfungen gegen Masern, Mumps, Röteln und Varizellen (Windpocken),
- ab 12 Monaten erfolgt eine Impfung auf Meningokokken C.

Nach der Schutzimpfungs-Richtlinie dürfen Ärztinnen und Ärzte impfen, die nach den berufsrechtlichen Bestimmungen über eine entsprechende Qualifikation zur Erbringung von Impfleistungen im Rahmen der Weiterbildung verfügen (§ 10).

In Berlin impfen Ärzte und Ärztinnen nach den speziellen Impfvereinbarungen, die die KV mit den Krankenkassenverbänden abgeschlossen hat. Diese fußen auf der **Schutzimpfungs-Richtlinie**. Die Verträge sind erforderlich, weil Impfleistungen generell nicht im EBM abgebildet sind, so dass Leistungen und Vergütungen regional zu vereinbaren sind. Schutzimpfungen gehören zwar zu den Pflichtleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, jedoch steht es den Krankenkassen frei, ob sie die Organisation der Impfungen über die Kassenärztlichen Vereinigungen oder andere Anbieter vereinbaren.

Schaut man sich die Statistiken für Neugeborene und Säuglinge bis zu einem Jahr in den Quartalsabrechnungen an, so fällt auf, dass nur wenige Impfungen als Einzelimpfung, d. h. mit einem Monoimpfstoff, verabreicht werden. Das betrifft insbesondere die

- Pneumokokken-Impfung (4 Impfungen zwischen 2 und 14 Monaten): rund 365 Ärzte und Ärztinnen impften 2013 pro Quartal rund 15.700mal, wobei diese nach den Vorgaben im 2., 3. und 4. Monat und noch einmal ab dem 11. Monat zu impfen sind. Diese Anzahl stieg 2014 auf rund 16.600 pro Quartal.
- Rotavirus-Impfung ab 2014: die erste Impfung soll bereits ab einem Alter von 6 Wochen erfolgen, insgesamt 2 bis drei Dosen im vierwöchigen Abstand. Rund 340 Ärzte impften pro Quartal, wobei die Anzahl der Impfungen vom Quartal 1/14 mit 7.783mal bis zum Quartal 4/14 auf 11.885mal in die Höhe schnellte.

Signifikant einzeln verimpft wird noch die erste Impfdosis gegen Varizellen auf Empfehlung der STIKO getrennt von der MMR-Impfung. Die zweite Impfung erfolgt dann innerhalb der 4fach-Kombinationsimpfung (MMR und Varizellen). Die erste Impfung wurde mit durchschnittlich 2.300mal in den acht abgerechneten Quartalen gegeben. Die 4fach-Impfung MMR und Varizellen wurde pro Quartal 2013 1.240mal verimpft, in 2014 rund 1.270mal.

Bei Tetanus, Diphtherie, Pertussis, Haemophilus influenzae Typ b, Poliomyelitis, Hepatitis B sowie Masern, Mumps, Röteln und Varizellen sind Kombinationsimpfungen empfohlen, was sich in der Abrechnung auch widerspiegelt. Folgende Mehrfachimpfungen werden von Berliner Ärzten und Ärztinnen bevorzugt verabreicht:

- Die 6fach-Kombinationsimpfung Diphtherie, Pertussis, Polio, Tetanus, Haemophilus influenzae, Hepatitis-B wurde am häufigsten verabreicht, von rund 365 Ärztinnen und Ärzten rund 15.500mal 2013 pro Quartal, 2014 war es sogar rund 16.340mal.

- Masern, Mumps, Röteln (MMR) ist die Mehrfachimpfung, die hingegen bei Säuglingen bis zum vollendeten ersten Lebensjahr weitaus weniger verimpft wird, da sie nach der Schutzimpfungs-Richtlinie frühestens ab dem 11. Lebensmonat gegeben werden konnte: Rund 300 Ärzte und Ärztinnen impften pro Quartal knapp 3.000mal in 2013, 2014 stieg die Anzahl auf 3.120.

Bei den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Pertussis, *Hämophilus influenzae*, Polio, Hepatitis B, Pneumokokken und Rotaviren ist zu beachten, dass die Impfschemata i. d. R. Impfabstände von vier Wochen beinhalten, so dass in den abgerechneten Zahlen pro Quartal die geimpften Säuglinge mehrfach erfasst wurden.

Fazit

Da die Abrechnungszahlen zu den Vorsorgeuntersuchungen ebenso wie zu den Impfungen erstmalig erhoben wurden, lässt sich eine Tendenz nur schwer ablesen. Beide Leistungsbereiche zeigen über die acht zuletzt abgerechneten Quartale Kontinuität mit großenteils leichten Zuwächsen, die mit der ansteigenden Geburtenziffer korrespondieren.

Eine Vergleichbarkeit bzw. der prozentuale Anteil der im ambulanten Bereich abgerechneten Leistungen zu denen im stationären Sektor bzw. von Hebammen erbrachten Neugeborenen-Screenings, Neugeborenen-Hörscreenings, der U1- und U2-Untersuchungen ist aufgrund des vorliegenden Zahlenmaterials nicht gegeben, da diese Abrechnungen nicht mit der KV Berlin erfolgen.

Ab der U3-Untersuchung für Säuglinge ist eine annähernd gleichbleibende Anzahl von Ärztinnen sowie Ärzten und Fällen in den Quartalen, die ab 2013 betrachtet wurden, zu verzeichnen. Die Schwankungsbreite ist minimal. Wenn man allerdings die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen ab der U3 pro Jahr in sich vergleicht, so fällt auf, dass die Zahl der untersuchten Säuglinge schwankt bzw. 2014 sogar rückläufig ist. Ein Grund dafür könnte darin liegen, dass nicht alle Eltern ihre Säuglinge auch immer zu den Folgeuntersuchungen U4, U5 und U6 vorstellen.

Natürlich werden Schwangere und Säuglinge nicht nur präventiv behandelt, sondern auch kurativ. Eine Zuordnung von kurativen Behandlungsanlässen aus dem EBM beispielsweise zu Säuglingen mit Bagatellerkrankungen wie banalen Infekten ist jedoch nicht möglich. Hier kann nur auf das dargestellte ICD-10-Ranking bei Kinder- und Jugendärzten sowie -ärztinnen oder Gynäkologinnen und Gynäkologen allgemein verwiesen werden, in dem aber keine weitere Unterteilung vorgenommen wird.

4.3 Berliner Hebammenverband e.V.

Der Berliner Hebammenverband e.V. ist einer der 16 Mitgliedsverbände des Deutschen Hebammenverbandes e.V. Er setzt sich für die regionalen Interessen seiner ca. 950 Mitglieder ein und kooperiert in allen Belangen mit dem Dachverband (Deutscher Hebammenverband e.V.) auf Bundesebene.

Im Berliner Hebammenverband e.V. sind angestellte und freiberufliche Hebammen bzw. Entbindungspfleger, Lehrerinnen und Lehrer für Hebammenwesen, Hebammenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler, Hebammen geleitete Einrichtungen sowie Hebamenschülerinnen und -schüler sowie Studierende vertreten.

Über die berufliche Interessenvertretung hinaus ist eine gute medizinische und soziale Betreuung der Frauen und ihrer Kinder vom Beginn der Schwangerschaft bis zum Ende der Stillzeit ein **zentrales Anliegen** des Verbandes.

4.3.1 Geburtshilfliche Versorgung in Berlin - Bereich Hebammenhilfe

Hebammenversorgung im Land Berlin

Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett sind grundsätzlich physiologische Vorgänge. Aufgrund der großen körperlichen und psychischen Veränderungen benötigen werdende Mütter und ihre Familien kompetente Begleitung in dieser besonderen Lebensphase.

Im Mittelpunkt der Begleitung durch **Hebammen**² stehen die Gesundheit und das Wohlergehen von Mutter, Kind und Familie. Daher bemühen sich Hebammen um eine **persönliche, ganzheitliche Begleitung der Frau**, die das Recht der Frau auf Selbstbestimmung und ihre Würde achtet und individuelle und kulturelle Aspekte respektiert. Hebammenarbeit ist vom Ansatz her präventiv und bildet eine zentrale Rolle in der Salutogenese der schwangeren, gebärenden und (frisch) entbundenen bzw. stillenden Frau.

Die **Arbeit der Hebamme** umfasst die Beratung zur Familienplanung, Schwangerenvorsorge, Hilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden und die ganzheitliche Betreuung in der Schwangerschaft, die Begleitung der Geburt am von der Frau gewählten Geburtsort und die Betreuung des Wochenbettes im klinischen Setting und zu Hause. Der gesetzliche Anspruch auf Hebammenhilfe reicht mindestens bis zum Ende des 9. Lebensmonats bzw. bis zum Ende der Stillzeit.

Darüber hinaus gehören die Begleitung und Nachsorge von Fehlgeburten sowie Totgeburten zum Angebotsspektrum der Hebamme.

Neben der medizinischen Betreuung nimmt der Umfang an psychosozialer Arbeit für die Hebammen merklich zu. In einer Zeit, in der viele Familien aufgrund räumlicher Begebenheiten zunehmend auf sich allein gestellt sind, und dadurch soziale Netze und Unterstützungsmöglichkeiten fehlen, sind u. a. Hebammen wichtige Ansprechpartnerinnen, um die Herausforderungen und Belastungen der Elternschaft zu bewältigen.

Der überwiegende Teil der **Kosten für die Hebammenleistungen** in Form von Beratungsgesprächen, Begleitung von Geburten, Hausbesuchen und Kursangeboten wird von den gesetzlichen Krankenkassen getragen.

All diese Leistungen werden durch angestellte Hebammen in den Krankenhäusern und durch freiberuflich tätige Hebammen erbracht. Die ambulante und stationäre Versorgung geht bestenfalls nahtlos ineinander über.

Im Jahr 2013 haben in Berlin 659 Hebammen eine **freiberufliche Tätigkeit** gemeldet, davon waren ca. zwei Drittel (445 Hebammen) ausschließlich freiberuflich tätig, während 214 Hebammen eine angestellte Tätigkeit mit freiberuflicher Nebentätigkeit ausführten.

Im Jahr 2014 waren in Berlin 696 Hebammen freiberuflich gemeldet, wobei das Verhältnis dem Vorjahr ähnelte. (482 Hebammen rein freiberuflich, 214 Hebammen im Angestelltenverhältnis mit freiberuflicher Nebentätigkeit).

Anhand dieser absoluten Zahlen lässt sich allerdings nicht erkennen, in welchem Umfang die einzelnen Hebammen tätig waren, d. h. wieviel sie tatsächlich gearbeitet und wie viele Frauen (caseload) sie jeweils betreut haben.

Bereits seit dem Jahr 1952 werden im Rahmen einer Geburtsgynäkologischen Statistik Daten zur freiberuflichen Hebammentätigkeit von der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung erhoben. Im Laufe

² Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Textabschnitt auf die männliche Form „Entbindungspfleger“ verzichtet.

der Jahre wurde der Erhebungsbogen den aktuellen Begebenheiten angepasst. Die letzte Überarbeitung des Statistikbogens wurde im Jahre 2011 in von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales in Kooperation mit dem Berliner Hebammenverband e.V. vorgenommen.

Ein wichtiger Aspekt dabei war, validere Daten in Bezug auf die reale Versorgungssituation der Frauen zu erhalten. Insbesondere die Vertretungsleistungen der Hebammen untereinander sowie die Vermischung von aufsuchender Hebammenarbeit mit Kursen in Schwangerschaft und Wochenbett führten in der Vergangenheit zu hohen Versorgungsquoten, welche die wirklichen Lücken nicht aufzeigen konnten. Der Erhebungsbogen wurde den Abrechnungspositionen angeglichen.

Nach der Anpassung des Erfassungsbogens ist es nun möglich, eine validere Aussage über die Inanspruchnahme der relevantesten Hebammenleistungen zu treffen. Genaue Daten dazu sind im Abschnitt 2.3.1 Ambulante Versorgung zu entnehmen.

Die Daten zeigen deutlich, dass in Berlin beinahe die Hälfte der Familien sowohl vor als auch nach der Geburt keine Hebammenhilfe in Anspruch genommen hat. Um daraus Handlungsstrategien herzuleiten, fehlen allerdings wichtige Daten, wie z. B. die freien Kapazitäten der im ambulanten Bereich tätigen Hebammen, Faktoren, die eine Inanspruchnahme begünstigen oder erschweren (Stichworte: Sprachbarrieren, Informationsbeschaffungskompetenz, soziale Brennpunkte, Interdisziplinäre Kooperation durch Vernetzung Gynäkologen bzw. Gynäkologinnen).

Eine zeitnahe Datenerhebung bzgl. der Leistungskapazitäten der gemeldeten Hebammen sowie eine Evaluation der Faktoren, welche die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe erschweren oder verhindern, wären erste Schritte, um die Versorgungslage in Berlin transparenter abzubilden und somit regulierende Strategien zu entwickeln.

Um kurz- und mittelfristig die Auswirkungen des voran schreitenden Hebammenmangels abzuschwächen und darüber hinaus die **Niedrigschwelligkeit der Hebammenhilfe** zu erhalten, sollte es eine zentrale Vermittlungsstelle in Berlin geben, an welche sich Schwangere und Entbundene unbürokratisch und kostenlos wenden können, um bei der Suche nach einer Hebamme Unterstützung zu finden. Der Berliner Hebammenverband e.V. plant im kommenden Jahr die Implementierung eines solchen Vermittlungsservices. Da die erforderlichen IT-Leistungen sowie die Personalkosten für das Projekt den Haushalt des Berliner Hebammenverbandes e.V. deutlich übersteigen, hängt die Realisierung des Vorhabens von der Akquise externer Finanzmittel u. a. über PS-Sparen (u. a. Lottomittel-Budgets) ab.

Signifikant im Zeitraum 2012/2013 war ein Rückgang der Schwangerenvorsorge durch Hebammen um 4,9 %. Ob dies mit der Schließung mehrerer Geburtshäuser und dem in 2013 erstmalig enormen Abfall der außerklinischen Geburtenzahlen (s. u.) in Zusammenhang steht, ist zwar vorerst reine Spekulation. Wenn man allerdings bedenkt, dass ein Großteil der Schwangeren, die eine außerklinische Geburt planen, regelmäßig Hebammenvorsorge in Anspruch nehmen, während dies bei einer geplanten Klinikgeburt erfahrungsgemäß nicht regulär vorkommt, sollte die Entwicklung dieser beiden Sektoren auch in Zukunft gemeinsam betrachtet werden.

Freie Wahl des Geburtsortes - Herausforderungen

Jede Schwangere hat das gesetzlich verankerte Recht, den Geburtsort ihres Kindes bzw. ihrer Kinder selbst zu wählen (§ 24 f SGB V). Dieses kann sie allerdings nur dann auch wirklich geltend machen, wenn sie diesbezüglich wohnortnahe Angebote vorfindet. Im Falle der Geburt benötigt die Frau also neben einer erreichbaren Klinik mit Entbindungsstation auch Hebammen, die Hausgeburtshilfe anbieten und/oder ein Geburtshaus (im weiteren HgE = Hebammen geleitete Einrichtung), um eine freie Wahl treffen zu können.

Bis vor einigen Jahren waren diese Angebote in Berlin in annähernd ausreichendem Maße vorhanden. In Berlin wurde seit 2005 konstant eine Quote von ca. 4 %, teilweise bis 4,5 % an **außerklinischen Geburten** verzeichnet. Im bundesweiten Vergleich lag Berlin damit deutlich über dem Durchschnitt von etwa 1,5 %. Neben 14 geburtshilflich aktiven HgE waren vergleichsweise viele Hebammen tätig, die Hausgeburten begleitet und andere Kolleginnen als zweite Hebamme im außerklinischen Bereich unterstützt haben. Hierdurch war im Regelfall ganzjährig das Angebot für außerklinische Geburten gegeben, da meist genügend Hebammen aktiv waren, um auch Urlaubs- und Krankheitsvertretungen zu gewährleisten.

Im Jahr 2013 brach die Geburtenzahl in diesem Sektor signifikant ein: Mit 3,1 % liegt sie um knapp ein Drittel niedriger als im Vorjahr 2012. Ein solch niedriger Wert wurde in Berlin zuletzt 1993 erreicht und kann aus Sicht des Berliner Hebammenverbandes e.V. nicht in einer schlagartig reduzierten Nachfrage seitens der Schwangeren begründet sein.

Vielmehr berichten die Hebammen der HgE, dass sie deutlich mehr Nachfragen erhalten, als sie selbst abdecken können. In den vergangenen Jahren (seit 2010) haben 5 der 14 Berliner HgE ihre Geburtshilfe eingestellt bzw. komplett geschlossen (jüngst nicht mehr geburtshilflich aktive Standorte: Pankow (1), Friedrichshain (2), Tempelhof (1), Steglitz (1)). Auch im Bereich der Hausgeburtshilfen haben sich unseren Informationen zufolge die Reihen gelichtet. Dies erschwert es den verbleibenden Hebammen, ein kontinuierliches Angebot aufrecht zu erhalten, da aufgrund der Unplanbarkeit der Geburten und in Zeiten von Urlaub langfristig weniger bis keine Geburtsanmeldungen angenommen werden können.

Diese regionalen Entwicklungen decken sich mit den bundesweiten Tatsachen, welche zuletzt mittels einer Studie des IGES-Instituts (2012) - veranlasst durch das Bundesministerium für Gesundheit - belegte, dass ein signifikanter Rückgang der freiberuflichen Geburtshilfe leistenden Hebammen von 22,3 % im Zeitraum 2008 bis 2010 zu verzeichnen sei. Dieser Trend des „Hebammensterbens“ im Bereich der freiberuflichen Geburtshilfe mit 1:1-Betreuung scheint auch in den Folgejahren durch die massiven strukturellen Schwierigkeiten des Hebammenberufes noch nicht aufgehalten worden zu sein.

Dass sich die schwerwiegenden Probleme des Hebammenberufes (z. B. die weiterhin ungewisse Zukunft aufgrund fehlender Berufshaftpflichtversicherung (BHPV) nach 30.06.2016 / exorbitante Prämiensteigerungen der BHPV seit 2010 ff./ massiver Nachwuchsmangel im außerklinischen Sektor) nun in den Berliner Zahlen niederschlagen, ist alarmierend und zeigt, dass die Wahlfreiheit des Geburtsortes hier bereits nur noch auf dem Papier existiert.

Der Berliner Hebammenverband e.V. sieht hier Handlungsbedarf und würde es sehr begrüßen, wenn die Berliner Regierung auch unabhängig von den politischen Entwicklungen auf Bundesebene, Maßnahmen auf den Weg bringen würde, welche die Wahlfreiheit des Geburtsortes und die Förderung der normalen Geburt im Land erhalten und ausbauen.

4.3.2 Besondere Situationen in der Hebammenarbeit

Frauen mit Migrationshintergrund

Wie im aktualisierten Handlungsleitfaden zur Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin (2015) zu lesen ist, erschweren „sprachliche, kulturelle und/oder soziale Barrieren sowie zu wenige muttersprachliche Angebote bzw. Fachkräfte Familien den Zugang zu Angeboten rund um Schwangerschaft und Geburt.“ Am 31.12.2014 lag der Anteil der Berliner Bevölkerung mit Migrationshintergrund bei ca. 29 %. Es sollte daher von allen in diesem Tätigkeitsfeld agierenden Berufsgruppen dazu beigetragen werden, die Teilhabe der Frauen, Kinder und Familien an den Gesundheitsleistungen in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, zu verbessern und niedrigschwellige Angebote für eben jene Familien zu schaffen.

Der Berliner Hebammenverband e.V. betrachtet **mangelnde Deutschkenntnisse** der betroffenen Frauen als einen der wichtigsten Faktoren, welcher die **Informationsbeschaffung** erschwert und so die Chancengleichheit in Bezug auf die Gesundheitsversorgung beeinträchtigt.

Um dem entgegen zu wirken, wurde die Website des Berliner Hebammenverbandes e.V. im Jahr 2014 in acht für Berlin besonders relevante Fremdsprachen übersetzt. Auf diese Weise stehen alle wichtigen Informationen zu den Leistungen der Hebammenarbeit sowie deren Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen nun auch in Englisch, Arabisch, Türkisch, Vietnamesisch, Spanisch, Französisch, Russisch und Polnisch zur Verfügung.

Ein weiteres Projekt wurde ebenfalls 2014 abgeschlossen: In Kooperation mit dem Berliner Hebammenverband e.V. hat die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales eine aktualisierte Neuauflage des Flyers „Ein guter Start ins Leben“ heraus gebracht (www.berlin.de/sen/gesundheit/themen/schwangerschaft-und-kindergesundheit/kindergesundheit/babys/). Auch über dieses Falblatt können Schwangere und Wöchnerinnen in übersichtlicher Form die notwendigsten Informationen in insgesamt neun Sprachen erhalten.

Die Berliner Hebammen verfügen über ein breites Spektrum an **Sprachkenntnissen** (im Jahr 2014 wurden 27 verschiedene Sprachen angegeben). Der größte Anteil der freiberuflich tätigen Hebammen verfügt über Englischkenntnisse, welche zur Verständigung mit Menschen anderer Herkunft genutzt werden können. Im Vergleich zu den anderen, überwiegend in Einzelfällen vorhandenen Sprachkompetenzen, können nur noch Spanisch und Französisch in Berlin als verhältnismäßig gut verfügbare Sprachen benannt werden.

Dies zeigt, dass es für die meisten Frauen mit geringen Deutschkenntnissen an muttersprachlichen Angeboten im Bereich der Hebammenhilfe mangelt. Im Handlungsleitfaden zur Gesundheitsförderung und Prävention rund um die Geburt in Berlin werden einige Projekte und Anregungen aufgeführt, um die Versorgungslage gerade auch in diesem Bereich zu verbessern. Diesen kann sich der Berliner Hebammenverband e.V. vollumfänglich anschließen.

Flüchtlingsfamilien

Derzeit kommen viele Flüchtlinge nach Deutschland und mit ihnen Schwangere und junge Mütter mit ihren Säuglingen. Viele von ihnen sind traumatisiert und haben auf der Flucht keine medizinische Betreuung erfahren. Oft haben sie ihr Kind ohne Hilfe geboren und benötigen so schnell wie möglich Hilfe von Hebammen und Gynäkologen.

Gerade Frauen in Kriegs- und Krisengebieten werden oft Opfer von geschlechtsspezifischer Gewalt bis hin zu Vergewaltigungen. Seit 2005 ist in Deutschland rechtlich verankert, dass auch solche nichtstaatliche und geschlechtsspezifische Verfolgung zu einem Schutzanspruch führt. Im Prinzip fallen jetzt auch Genitalverstümmelung, Zwangsverheiratung oder Vergewaltigung unter das Asylrecht. In der Praxis hindern aber Scham oder Trauma die Betroffenen oft dieses Recht einzufordern. Gerade weil sie diese Erlebnisse oftmals nicht öffentlich thematisieren (können), benötigen Schwangere und Gebärende eine besonders sensible Betreuung durch Hebammen.

Im Rundschreiben Soz Nr. 02/2015 über Leistungen nach § 6 Abs. 1 AsylbLG im Lichte der EU-Richtlinie 2013/33/EU des Rates (Mindestnormen für die Aufnahme: www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rdschr/2015_02.html) wird ausdrücklich festgestellt, dass die **Hebammenhilfe nach § 4 Abs. 2 AsylbLG** zu gewähren ist und dass es sich hierbei nicht um eine Ermessensleistung handelt. Sie umfasst Beratung und Hilfe während der Schwangerschaft sowie Geburtshilfe und Wochenbettbetreuung.

Involvierte Hebammen berichteten dem Berliner Hebammenverband e.V., dass sie sich sehr bemühen, die betroffenen Familien trotz sprachlicher und kultureller Hindernisse adäquat zu betreuen. Dies geschieht häufig mit hohem persönlichem und zeitlichem Engagement der Hebammen.

Leider kam es in der Vergangenheit regelmäßig zu Problemen bei der Abrechnung der erbrachten Leistungen mit dem Landesamt für Gesundheit und Soziales (LaGeSo) bzw. den Sozialämtern. Trotz des recht einfachen Procedere, ist aufgrund der derzeitigen Situation eine zeitnahe Bearbeitung der Abrechnungen der Hebammen für die geleistete Arbeit im Rahmen der Flüchtlingshilfe durch das LaGeSo nicht möglich.

4.4 Perinatal- und Neonatalversorgung in Berliner Krankenhäusern

Die Qualitätsvorgaben in der **perinatologischen Versorgung** im Krankenhaus, speziell die Anforderungen an Perinatale Schwerpunkte und Zentren, richten sich bundesweit nach den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Dieser hat am 20.09.2005 eine „Vereinbarung über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Neugeborenen“ beschlossen, die seit dem 01.01.2006 verbindlicher Maßstab für alle Einrichtungen in Deutschland geworden ist. Sie wurde seitdem mehrfach überarbeitet.

Die G-BA-Vereinbarung (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/41/>) unterscheidet zwischen **vier Versorgungsstufen**:

- Perinatalzentrum Level 1 (uneingeschränkte Versorgung von Früh- und Neugeborenen)
- Perinatalzentrum Level 2 (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.250 Gramm)
- Perinataler Schwerpunkt (Mindestgewicht der Früh- und Neugeborenen: 1.500 Gramm)
- Geburtsklinik (Entbindung reifer Neugeborener ohne vorhersehbare Komplikationen).

Die G-BA-Vereinbarung stellt neben vielen anderen Bedingungen je nach Versorgungsstufe unterschiedliche Anforderungen an die personelle Ausstattung der beteiligten Häuser.

In Berlin gibt es insgesamt 19 Krankenhausstandorte, die an der Versorgung von Früh- und/oder Neugeborenen beteiligt sind. Die Anerkennung in der jeweiligen Versorgungsstufe erfolgt im Rahmen der jährlichen Budgetverhandlungen mit den Krankenkassen.

Die Fachabteilungssystematik des Krankenhausplans 2016 enthält die Subdisziplin Neonatologie nicht, da die Berliner Weiterbildungsordnung der Ärzte keinen eigenständigen Facharzt, sondern lediglich einen Schwerpunkt für Neonatologie vorsieht. Ebenso wird auf krankenhauplanerische Festlegungen zu den Standorten der Perinatalzentren und Perinatalen Schwerpunkte vor dem Hintergrund der G-BA-Vereinbarung verzichtet.

Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) hat alle Einrichtungen 2014 auf ihre Eignung hin überprüft. Eine komplette Liste der daraufhin in den Budgetverhandlungen anerkannten Versorgungsstufe ist der Tabelle 4.3 zu entnehmen.

Tabelle 4.3:

Von den Kostenträgern auf Basis der MDK-Überprüfung aus dem Jahr 2014 anerkannte Versorgungsstufen bei der Versorgung von Früh- und Neugeborenen
- in alphabetischer Reihenfolge

Lfd. Nr.	Versorgungsstufe	Krankenhausstandort	Bemerkung
1		Charité – Campus Charité Mitte	
2		Charité – Campus Virchow Klinikum	
3		Ev. Waldkrankenhaus Spandau	
4	Perinatalzentrum Level 1	Helios Klinikum Buch	
5		St. Joseph-Krankenhaus Tempelhof	
6		Vivantes – Klinikum im Friedrichshain	
7		Vivantes – Klinikum Neukölln	
8	Perinatalzentrum Level 2	DRK Kliniken Berlin / Westend	für 2015 Selbsteinstufung als Level 1 Zentrum – Prüfung noch ausstehend
9		Sana Klinikum Lichtenberg	
10	Perinataler Schwerpunkt	Martin-Luther-Krankenhaus	
11		DRK Kliniken Berlin / Köpenick	
12		Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe	
13		Krankenhaus Waldfriede	
14		Maria Heimsuchung – Caritas-Klinik Pankow	
15	Geburtsklinik	St. Gertrauden Krankenhaus	
16		Vivantes Auguste-Viktoria-Klinikum	
17		Vivantes Humboldt-Klinikum	
18		Vivantes Klinikum Am Urban	
19		Vivantes Klinikum Hellersdorf	

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

4.5 Giftnotruf Berlin der Charité – Universitätsmedizin Berlin

Zum 01.01.2012 wurde der vormals zum Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBG) gehörige Giftnotruf Berlin in die Charité – Universitätsmedizin Berlin integriert. Der Übergang wurde durch ein entsprechendes Berliner Landesgesetz geregelt; die Charité trat als Rechtsnachfolgerin ein. Die Aufgaben sind gleich geblieben: der Giftnotruf bietet weiterhin eine jederzeit verfügbare und kompetente toxikologische Notfallberatung mit dem Ziel, durch Noxen verursachte Schäden von Kindern und Erwachsenen abzuwenden.

Die **Inanspruchnahme** der Beratungsleistung ist in den vergangenen Jahren stetig gestiegen; im Jahr 2014 wurden 45.765 Beratungen durchgeführt. Das Beratungsvolumen im Zeitverlauf der letzten 10 Jahre zeigt Abbildung 4.1.

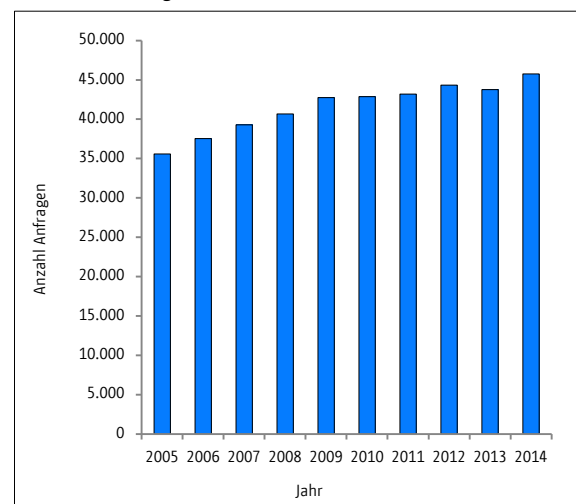
Von den 45.765 Anfragen bezogen sich 43.152 auf vermutete oder tatsächliche humane Expositionsfälle; bei den restlichen Beratungen handelte es sich um 1.968 prophylaktische Anfragen und 645 Anfragen zu Tierexpositionen (vgl. Abbildung 4.2).

Jede zweite Anfrage (54 %) wurde im Jahr 2014 durch Laien gestellt (vgl. Abbildung 4.3). Dies verdeutlicht die Position des Giftnotrufs als niedrigschwelliges Informationsangebot für die Bevölkerung und entspricht der grundsätzlichen Philosophie der Einrichtung.

Auch weiterhin nimmt die Beratung kindlicher Expositionen mit ca. 64 % einen erheblichen Anteil aller Anfragen ein, womit der traditionelle pädiatrische Schwerpunkt auch im Jahr 2014 beibehalten wird.

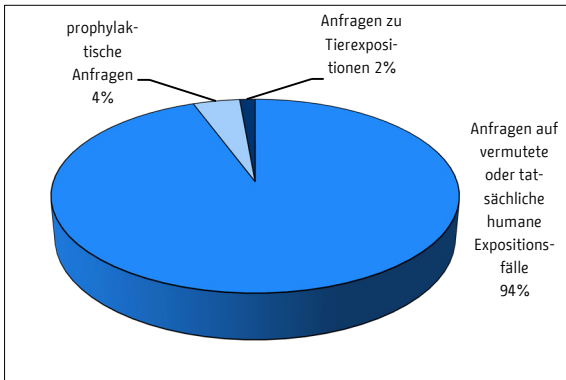
Abbildung 4.1:

Entwicklung des Beratungsvolumens des Giftnotrufs Berlin 2005-2014
- Anzahl der Anfragen absolut



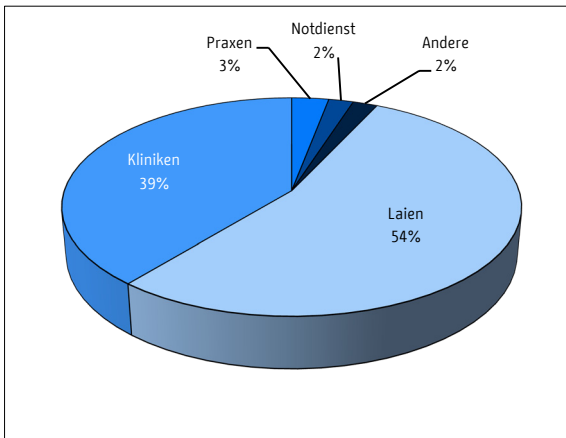
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Giftnotruf Berlin)

Abbildung 4.2:
Anfragen beim Giftnotruf Berlin 2014 nach Art der Anfrage
- in %



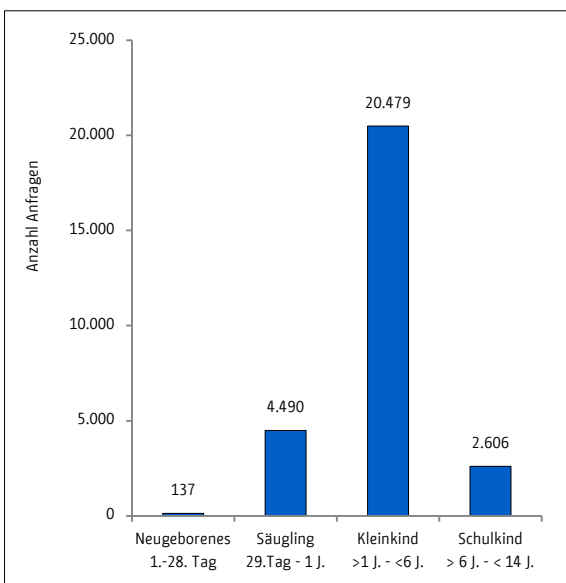
(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Giftnotruf Berlin)

Abbildung 4.3:
Anrufe beim Giftnotruf Berlin 2014 nach Herkunft
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Giftnotruf Berlin)

Abbildung 4.4:
Altersabhängige Verteilung der Expositionen bei Kindern (Alter: 0-14 Jahre) in Berlin 2014
- Anzahl der Anfragen absolut



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Giftnotruf Berlin)

Der Giftnotruf Berlin, der als erstes Giftinformationszentrum Deutschlands im Jahr 1963 auf der Grundlage des § 16 e des Chemikaliengesetzes entstanden ist, wurde von Beginn an auch überregional konsultiert; daran hat sich bis heute nichts geändert. Im Jahr 2014 wurde der Giftnotruf Berlin in ca. 33 % aller Fälle von Anfragenden aus den Ländern Berlin und Brandenburg zu Rate gezogen. Die verbleibenden 67 % entfielen auf Anfragen aus den übrigen Bundesländern. Bezogen auf die Einwohnerzahlen entfiel ein Anruf auf jeweils 291 Einwohner aus Berlin und auf je 729 Einwohner aus Brandenburg.

4.5.1 Art und Möglichkeit der Expositionen sind vom Lebensalter abhängig

Bei Kindern bis zum 6. Lebensjahr (Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern) erfolgt die Exposition in ca. 93 % der Fälle erwartungsgemäß versehentlich. Zum Ende des ersten Lebensjahres führt die statomotorische Entwicklung von Kleinkindern zu einer Erweiterung des eigenen Aktionsradius. Somit gelangen sie an viele interessante Gegenstände und Fremdstoffe, die sie in den Mund stecken. Es ist daher leicht verständlich, dass sich Vergiftungsunfälle überwiegend in der Altersgruppe der 1,5-3,5-jährigen Kinder mit einem Maximum im 2. Lebensjahr ereignen (vgl. Abbildung 4.4).

Besondere Expositionsrisiken und Expositionsumstände im 1. Lebensjahr

Die Expositionen durch **Neugeborene und Säuglinge** zeigen einige Besonderheiten. Im Jahr 2014 betrafen 137 Anfragen Neugeborene (1.-28. Lebensstag) und 4.490 Säuglinge im 1. Lebensjahr (29. Lebenstag - < 1 Jahr); damit betrug der Anteil der Expositionen durch Neugeborene und Säuglinge an den gesamten humanen Expositionen 10,7 %. Dieser Anteil ist im 10-Jahreszeitraum (2005 bis 2014) relativ konstant geblieben.

Neugeborene

Insbesondere in der Gruppe der Neugeborenen stellt die Verwechslung oder Fehldosierung von Medikamenten ein häufiges Gefährdungspotential dar (siehe Tabelle 4.4). Im Jahr 2014 handelte es sich in 48 % der Expositionsfälle bei Neugeborenen um

Verwechslungen oder Fehldosierungen von Medikamenten. Am häufigsten wurden Neugeborenen fälschlicherweise die Schilddrüsenhormonpräparate (Wirkstoff: Levothyroxin) der Eltern verabreicht. Nach den Erfahrungen des Giftnotrufs Berlin sind herzgesunde Neugeborene gegen die einmalige Überdosierung von Levothyroxin relativ unempfindlich, so dass bis zu einer Dosis von $\leq 30 \mu\text{g}/\text{kg}$ Körpergewicht keine Therapie und keine klinische Überwachung notwendig ist. Da in der Regel die Wirkstoffdosis pro Tablette gering ist, und es sich um die Verwechslung einer einzigen Tablette handelt, verbleibt die auf das Körpergewicht bezogene Dosis unterhalb der genannten Grenze. In den meisten dieser Fälle kann deshalb glücklicherweise die Empfehlung gegeben werden, dass keine ambulante oder stationäre Überwachung notwendig ist.

An zweiter Stelle steht die Exposition mit sogenannten **Publikumsmitteln** (Haushaltschemikalien / Drogerieprodukte), am häufigsten mit Entkalkerslösungen. Kalklöser bzw. Entkalker sind Spezialreinigungsmittel zum Entfernen von Kalkablagerungen in Haushaltsgeräten; sie enthalten organische oder anorganische Säuren in unterschiedlicher Konzentration. Häufig wird die im Wasserkocher vergessene Entkalkergebrauchslösung zur Zubereitung der Säuglingsnahrung verwendet. Die Konzentration der verdünnten Gebrauchslösung ist für die Schleimhäute nur reizend, nicht ätzend. Jedoch kann die aufgenommene Säuremenge für Neugeborene (und auch junge Säuglinge) problematisch werden, da ihre Fähigkeit, Säuren zu neutralisieren, begrenzt ist. Aus diesem Grund wird im Giftnotruf bei der Ingestion³ von Entkalkergebrauchslösung durch Neugeborene die Säurebelastung anhand des verwendeten Produktes, der Verdünnung, der ingestierten Menge und des Körpergewichts des Kindes genau ermittelt. Daraus ergibt sich ggf. die Notwendigkeit, eine Kinderklinik zur Kontrolle des Säure-Basen-Haushalts aufzusuchen. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 18 Fälle mit einer solchen Exposition registriert, in drei Fällen wurde eine ärztliche Überwachung für wenige Stunden empfohlen. Unter den im Giftnotruf Berlin registrierten 137 Expositionen im Neugeborenenalter aus dem Jahr 2014 gab es nur einen Fall mit schwerer Symptomatik.

Säuglinge

Während die **Medikamentenverwechslung oder Fehldosierung** an erster Stelle bei Expositionen von Neugeborenen steht, ereignen sich die Expositionen im Säuglingsalter sehr häufig akzidentiell. Im Jahr 2014 waren 86 % der Expositionen in dieser Altersklasse akzidentieller Natur. An erster Stelle steht die Ingestion von **Publikumsmitteln**; sehr häufig handelt es sich um tensidhaltige Produkte, die durch Schaumbildung Erbrechen hervorrufen können und ein geringes Aspirationsrisiko aufweisen. Durch eine einfache Maßnahme wie die Gabe eines Entschäumers wird das Risiko einer Aspiration minimiert.

Tabelle 4.4:
Häufigkeit der Noxengruppen und der Expositionsumstände im Neugeborenen- und Säuglingsalter in Berlin 2014

	Neugeborene	Säuglinge
Aufteilung nach Noxe		
Medikamente	83	1.066
Drogen	0	6
Genussmittel	0	369
Chemikalien	8	117
Publikumsmittel	39	1.664
Schädlingsbekämpfungsmittel	0	42
(Gift)-Pflanzen	0	745
(Gift)-Pilze	0	27
(Gift)-Tiere	1	9
Lebensmittel	3	105
Fremdkörper	0	224
Sonstige	2	98
Aufteilung nach Vergiftungsumstand		
Akzidentell	47	3.845
Fehldosierung	28	205
Iatrogen	6	12
Verwechslung Medikamente	38	320
sonstige Verwechslung	7	53
Sonstige	11	55
Anfragen insg.	137	4.490

(Datenquelle: Giftnotruf Berlin)

³ Ingestion ist die orale Aufnahme eines Stoffes oder eines Mikroorganismus mit Weiterleitung in den Verdauungstrakt. In der Toxikologie wird mit Ingestion die Aufnahme von Giften bezeichnet.

Dagegen weisen die eher selten angefragten Abflussreiniger und auch flüssige Grillanzünder sowie Lampenöle ein hohes **Gefährdungspotential** auf. Abflussreiniger verursachen bei einer Ingestion schwere Verätzungen der Speiseröhre, die unter Umständen zu lebenslangen Schluckbeschwerden führen können. Im Jahr 2014 hat der Giftnotruf vier Fälle oraler Expositionen mit Abflussreinigern bei Säuglingen registriert; drei dieser Säuglinge mussten ärztlich überwacht werden, und eine entsprechende invasive Diagnostik musste veranlasst werden.

Lampenöle und flüssige Grillanzünder auf Paraffinbasis können zu einer lebensbedrohlichen Schädigung der Lunge führen. Dies geschieht, wenn diese dünnflüssigen Stoffe durch „sich Verschlucken“ oder Erbrechen in die Atemwege gelangen. Seit Ende 2010 dürfen diese Produkte nur noch in schwarzen, nicht durchsichtigen Behältern verkauft werden, damit sie weniger attraktiv für Kleinkinder sind und eine Verwechslung mit Getränken vermieden wird.

Im Jahr 2014 hat der Giftnotruf drei Anfragen zu Ingestion von flüssigen Grillanzündern bei Säuglingen erhalten. Zwei Kinder mussten ärztlich überwacht werden.

Glücklicherweise stehen sowohl Abflussreiniger als auch Grillanzünder ganz am Ende der Skala der häufigsten Publikumsmittel bei kindlichen Ingestionsunfällen. Insbesondere bei den Lampenölen und Grillanzündern auf Paraffinbasis handelt es sich um ein vermeidbares Risiko, wenn z. B. in Haushalten mit Säuglingen und Kleinkindern alternativ Lampenöle auf Basis von Rapsöl oder feste Grillanzünder verwendet werden.

Ein weiteres **vermeidbares Risiko** stellt die Verwendung vom talkumhaltigen Babypuder in der Säuglingspflege dar. Wenn ein Säugling Babypuder einatmet, kann eine Atembeeinträchtigung bis hin zum schweren Lungenschaden verursacht werden. Typischerweise ereignet sich dieser Unfall, wenn ein Säugling auf dem Rücken liegt und mit der Puderdose spielt. Wenn sich die Puderdose über dem Säugling öffnet, und große Mengen auf das Gesicht und in den Mund geraten, kann es zu einem schweren Erstickenunfall mit Zyanose und Husten kommen. Eine invasive medizinische Diagnostik ist dann notwendig, und die Kinder müssen unter Umständen mehrere Tage lang intensivmedizinisch behandelt werden. Im Jahr 2014 hat der Giftnotruf 53 Anfragen zu Expositionen mit talkumhaltigem Babypuder registriert. 25 davon betrafen Säuglinge im ersten Lebensjahr, die in der Mehrzahl der Fälle (76 %) eine ärztliche Vorstellung oder Überwachung, bzw. eine stationäre Überwachung benötigten. Da aus medizinischer Sicht die Verwendung von talkumhaltigem Babypuder nicht notwendig ist, wäre der Verzicht darauf eine sinnvolle Maßnahme, um dieses Expositionsrisiko zu vermeiden.

Bei den **Medikamenten**, die bei Säuglingen zu einer Exposition führen, stehen ebenfalls an erster Stelle die Schilddrüsenhormonpräparate (Wirkstoff: Levothyroxin), gefolgt von Paracetamol und Ibuprofen. In therapeutischer Dosierung ist Paracetamol ein sehr sicheres Medikament, seine Toxizität steigt jedoch bei Vorliegen von Risikofaktoren, wie sie z. B. im Neugeborenen- und Säuglingsalter vorliegen können. Diese sind u. a. unreife Leber, Infekte mit hohem Fieber und geringer Nahrungsaufnahme und prothrahierte Applikation über mehrere Tage. In diesen Fällen wird eine geringere Dosis Paracetamol toleriert. Im Jahr 2014 wurden im Giftnotruf 75 Anfragen zu Fehldosierungen, Verwechslungen oder akzidentiellen Expositionen mit Paracetamol bei Säuglingen dokumentiert. In den meisten Fällen handelte es sich um ungefährliche Dosierungen. In 11 Fällen jedoch mussten die Kinder in ärztlicher oder stationärer Überwachung verbleiben.

Die numerisch dritt wichtigste Noxengruppe bei Expositionen im Säuglingsalter ist die Gruppe der **Pflanzen**. Insbesondere die bunten Beeren im Spätsommer und Herbst haben eine große Anziehungskraft auf Kinder. Häufig wird die Giftigkeit dieser Beeren in der Bevölkerung überschätzt, und wir können in vielen Fällen Entwarnung geben.

Am häufigsten ist die Exposition mit der Eibe (*Taxus baccata*). Da es sich überwiegend um Ingestionen der süßen Beeren handelt, verlaufen diese Fälle blande: der rote Samenmantel dieser Giftpflanze ist frei von Toxinen, und die im Samen enthaltenen Toxine werden nur dann wirksam, wenn diese in relevanter Menge zerkaut werden, was bei Säuglingen nicht der Fall ist.

Nur sehr wenige in Deutschland vorkommende Pflanzen sind so giftig, dass eine umgehende medizinische Versorgung notwendig ist, sollten Kinder von ihnen kosten. Dazu zählen z. B. der blaue Eisenhut und die Herbstzeitlose.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass im Jahr 2014 bei 87 % aller Anfragen bezüglich vermuteter Vergiftungen von Neugeborenen und Säuglingen die Empfehlung gegeben werden konnte, dass keine ambulante oder stationäre Überwachung erforderlich ist. Bei den Anfragen durch Laien beträgt dieser Anteil sogar 97 %. Dies bedeutet nicht nur eine rasche Beruhigung für die Familien sondern auch die Vermeidung unnötiger Arztvorstellungen und Behandlungen für die kleinen Patienten.

4.6 Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie – Institut für klinische Pharmakologie und Toxikologie (Charité – Universitätsmedizin Berlin)

4.6.1 Historie und Aufgaben

Erst nach Aufdeckung des Contergan-Skandals 1960/61 begann man, den Einfluss äußerer Ursachen von angeborenen Fehlbildungen systematisch zu erforschen. Die Teratologie als eigenständige Wissenschaft entstand. Seitdem gab es nicht nur große Fortschritte auf dem Gebiet der Genetik sondern auch in der Entwicklungstoxikologie. Präklinische, tierexperimentelle Prüfungen sind inzwischen vor der Marktzulassung eines Arzneimittels vorgeschrieben und zahlreiche Studien zum Arzneimittelrisiko während der Schwangerschaft wurden publiziert.

Dennoch gibt es zu vielen Medikamenten immer noch keine ausreichenden Daten, die die Verträglichkeit für das Ungeborene belegen. Nach wie vor ist der Einsatz von **Arzneimitteln in Schwangerschaft und Stillzeit** in der Ärzteschaft und bei Laien mit großer Unsicherheit und teilweise auch Ängsten verbunden. Selbst dort, wo Auswirkungen auf den Embryo, Feten oder das Stillkind bereits bekannt sind, reicht der heutige Erkenntnisstand häufig nicht aus, um die Risiken präzise beschreiben zu können.

Daraus resultiert häufig ein Überschätzen des Medikamentenrisikos mit der Folge, dass

- notwendige Medikamente nicht verschrieben oder nicht eingenommen werden,
- nach bereits erfolgter Einnahme erwünschte und intakte Schwangerschaften abgebrochen werden,
- überzogene Diagnostik durchgeführt wird,
- von Ärzten bzw. Ärztinnen generell von der Familienplanung abgeraten wird oder
- vorzeitig abgestillt wird.

Andererseits kann ein Informationsmangel dazu führen, dass unzureichend erprobte oder riskante Medikamente mit einem erhöhten Risiko für das Ungeborene oder das Stillkind verschrieben und angewendet werden.

Die Pharmakotherapie Schwangerer ist demnach ein heikles Thema, dem Beipackzettel und Rote Liste aufgrund ihrer zu kurz gefassten Angaben nicht gerecht werden können. Diese Angaben sind keineswegs immer falsch. Sie erlauben aber im Einzelfall keine vergleichende Risikobewertung, weil die Quantifizie-

rung eines Risikos bzw. des Umfangs der Arzneisicherheit aus diesen Informationen nicht hervorgeht. Dabei gibt es für die meisten akuten und chronischen Erkrankungen ausreichend sichere Arzneimittel, man muss sie nur finden.

Diese „Informationslücke“ füllt das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum (PVZ) Embryonaltoxikologie, kurz Embryotox genannt.

Embryotox wurde 1988 als Einrichtung des Bezirksamtes von Berlin-Charlottenburg gegründet. Prof. Ruth Mattheis, damalige Senatsdirigentin in der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, die auch aktiv an der Psychiatriereform und dem Aufbau sozialpsychiatrischer Dienste in West-Berlin engagiert war, entschied Mitte der 1980er Jahre, dass Mittel für den Aufbau einer Abteilung „Medikamente in der Schwangerschaft“ an der damaligen Beratungsstelle für Vergiftungserscheinungen bereitgestellt werden. Embryotox war damals im Souterrain einer Seniorenwohnanlage untergebracht, zwischen der Universitätsfrauenklinik und der Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus-Kinderklinik, mit der es auch inhaltliche Verbindungen gab. Mit 10 europäischen Instituten hat Embryotox 1990 in einem Kloster in Mailand das European Network of Teratology Information Services (ENTIS) als klinisch-teratologische Fachgesellschaft gegründet, um sich fachlich auszutauschen und Beratungsprozeduren und Verfahren zur wissenschaftlichen Auswertung der beratenen Schwangerschaftsverläufe zu harmonisieren. Bis 2011 blieb Embryotox eine Einrichtung der Berliner Senatsgesundheitsverwaltung, nach Auflösung des Berliner Betriebs für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben (BBGes) wurde es in die Charité-Universitätsmedizin überführt. 2015 feiert ENTIS sein 25jähriges Bestehen. Embryotox ist mittlerweile eines der führenden Referenzzentren für Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft in Europa. Es hat zahlreiche Kooperations- und Forschungsprojekte mit Instituten in verschiedenen europäischen Ländern, Russland, Israel und Nordamerika initiiert.

Das PVZ Embryonaltoxikologie bietet für jeden **frei zugänglich aktuelle Informationen zu Arzneimitteln** in Schwangerschaft und Stillzeit an, im Rahmen einer individuellen Beratung oder über die Webseite www.embryotox.de. Für Fachkreise wurde 2012 die 8. Auflage des Lehrbuchs Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit herausgegeben. Grundlage aller Embryotox-Bewertungen sind international veröffentlichte wissenschaftliche Literatur, eigene Forschungsergebnisse und Expertenmeinungen einschlägiger wissenschaftlicher Fachgesellschaften. Embryotox arbeitet komplett unabhängig von der pharmazeutischen Industrie. Im Dezember 2015 hat der Leiter von Embryotox den angesehenen, alle 2 Jahre verliehenen Maternité-Preis der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin erhalten „in Anerkennung seines herausragenden Beitrages für eine qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie in Schwangerschaft und Stillzeit – ein Gewinn an Sicherheit für Mütter, Kinder und Behandelnde.“

Inzwischen gehört das Berliner Institut zu den größten Einrichtungen seiner Art weltweit. Täglich werden bis zu 80 Anfragen aus dem ganzen Bundesgebiet bearbeitet. Beratungen erfolgen im Allgemeinen telefonisch und werden von Schwangeren und deren Angehörigen sowie Fachkreisen in Anspruch genommen, d. h. von Ärztinnen und Ärzten (vor allem aus dem gynäkologischen Bereich), der Apothekerschaft und von Hebammen. Außerdem berät Embryotox Krankenkassen und andere Institutionen, die für ihre Klienten Informationen zur Arzneitherapie in der Schwangerschaft bereitstellen wollen.

4.6.2 Beratung und Entwicklung der Beratungszahlen

Um individuell beraten zu können, wird die Anamnese der Patientin erhoben und der Beratungsinhalt protokolliert. Nur durch Kenntnis von möglichen Begleiterkrankungen und anderen Risikofaktoren ist es möglich, eine individualisierte Nutzen-Risiko Abwägung durchzuführen und – zusammen mit dem behandelnden Kollegen bzw. der behandelnden Kollegin – das optimale Vorgehen für die Patientin während der Schwangerschaft zu finden.

Im Jahr 2014 erfolgten 14.691 **Beratungen** – eine leichte Steigerung von etwa 3,3 % im Vergleich zum Vorjahr (14.217). Tabelle 4.5 zeigt die Veränderungen gegenüber dem Jahr 2013 in den verschiedenen Beratungskategorien, bei denen entweder die Schwangere (maternal), der Vater (paternal) oder eine stillende Mutter exponiert war. Die relative Verteilung zeigt keine nennenswerten Veränderungen; die Steigerung der Beratungszahlen betrifft alle drei Kategorien.

Tabelle 4.5:
Anfragen nach Kategorien der exponierten Person in Berlin 2013 und 2014
- Anzahl der Anfragen absolut, Anteil und Veränderung in %

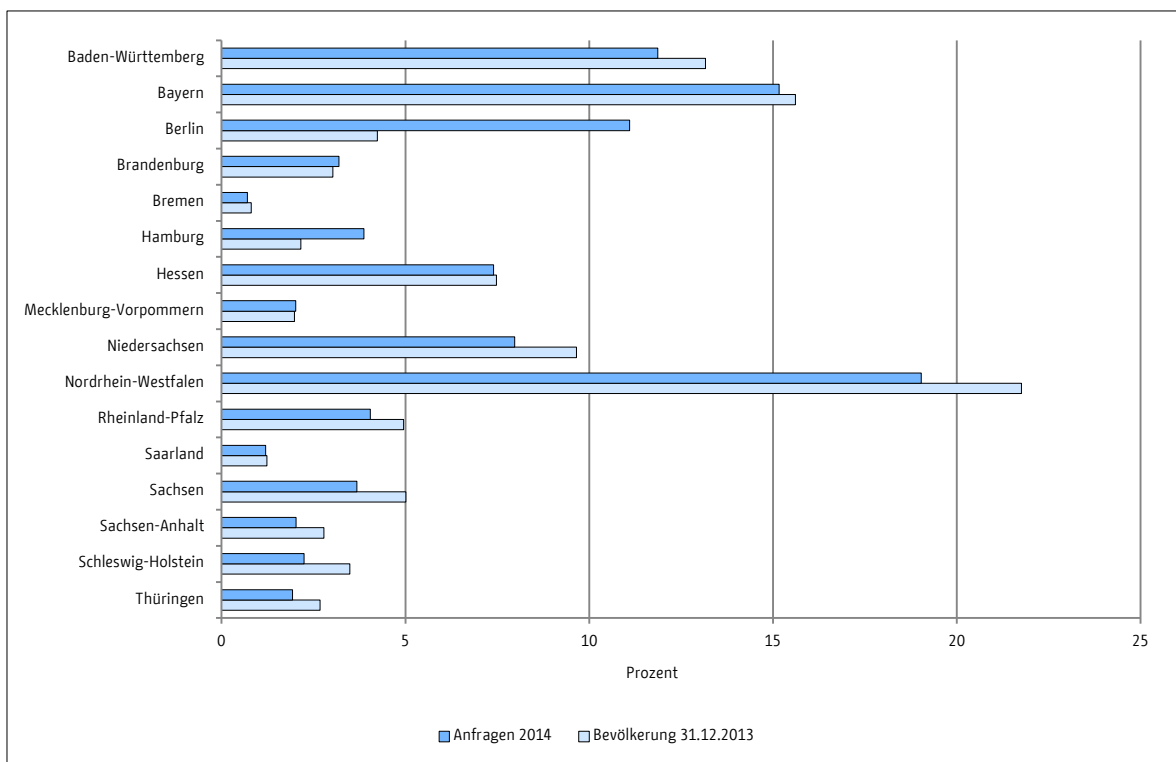
Kategorie	Anzahl 2013	Anteil 2013 in Prozent	Anzahl 2014	Anteil 2014 in Prozent	Veränderung in Prozent
Maternal	11.374	80,0	11.764	80,1	3,4
Paternal	384	2,7	417	2,8	8,6
Stillende	2.459	17,3	2.510	17,1	2,1
Gesamt	14.217	100,0	14.691	100,0	3,3

(Datenquelle: Embryotoy Berlin / Berechnung und Darstellung: Embryotox Berlin)

Anfragen zur Stillzeit von Laien werden seit 2009 aus Kapazitätsgründen nur noch in Ausnahmefällen direkt beraten. Fachkreise bekommen dagegen nach wie vor Auskunft. Da der Anteil der Stillanfragen mittlerweile relativ stabil bleibt, ist davon auszugehen, dass der Verweis auf behandelnde Ärzte und Ärztinnen, Apotheker sowie Apothekerinnen und Hebammen unter den Anfragenden bekannt und akzeptiert ist.

Die Anfragen kommen zu 95 % aus Deutschland. 2,3 % bzw. 2,1 % der Anfragen erfolgen aus Österreich und der Schweiz. Die Restlichen ca. 0,6 % aus anderen Ländern. Abbildung 4.5 zeigt die prozentuale Verteilung der Anfragen aus Deutschland (Gesamtzahl 13.951) nach Bundesländern im Vergleich zum jeweiligen Einwohneranteil. Auffällig ist der stark überproportionale Anteil der Anfragen aus Berlin und – in geringerem Ausmaß – aus Hamburg.

Abbildung 4.5:
Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2014 im Vergleich zum Bevölkerungsanteil nach Bundesländern
- in %



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 4.6 zeigt die absoluten Beratungszahlen nach Bundesländern. Die meisten Anfragen erreichten das PVZ Embryonaltoxikologie aus Nordrhein-Westfalen, Bayern und erstmals auch aus Baden-Württemberg. Berlin liegt auf Platz vier. Prozentual ergeben sich einige Veränderungen gegenüber dem Vorjahr: Mecklenburg-Vorpommern und das Saarland hatten einen relevanten Anstieg jedoch bei geringer absoluter Anzahl an Anfragen; auch aus Bayern und Baden-Württemberg war eine Zunahme zu verzeichnen.

Der prozentuale Anteil der **ratsuchenden Laien** hat über die vergangenen Jahre kontinuierlich zugenommen und betrug 2014 fast 60 % (2013: 57 %), obwohl es eine separate Telefonleitung für Fachkreise

Tabelle 4.6:

Anzahl der Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2012-2014 nach Bundesländern

- Anzahl absolut, Veränderung zum Vorjahr in %

	Anzahl 2012	Anzahl 2013	Veränderung 2012 zu 2013 in %	Anzahl 2014	Veränderung 2013 zu 2014 in %
Baden-Württemberg	1.177	1.457	23,8	1.656	13,7
Bayern	1.712	1.920	12,2	2.116	10,2
Berlin	1.528	1.640	7,3	1.549	-5,5
Brandenburg	395	442	11,9	445	0,7
Bremen	85	98	15,3	97	-1,0
Hamburg	577	603	4,5	540	-10,4
Hessen	813	958	17,8	1.032	7,7
Mecklenburg-Vorpommern	223	231	3,6	282	22,1
Niedersachsen	861	1.070	24,3	1.112	3,9
Nordrhein-Westfalen	2.286	2.681	17,3	2.655	-1,0
Rheinland-Pfalz	465	568	22,2	565	-0,5
Saarland	119	123	3,4	167	35,8
Sachsen	539	545	1,1	513	-5,9
Sachsen-Anhalt	281	287	2,1	283	-1,4
Schleswig-Holstein	303	308	1,7	312	1,3
Thüringen	234	271	15,8	269	-0,7

(Datenquelle: Embryotox Berlin)

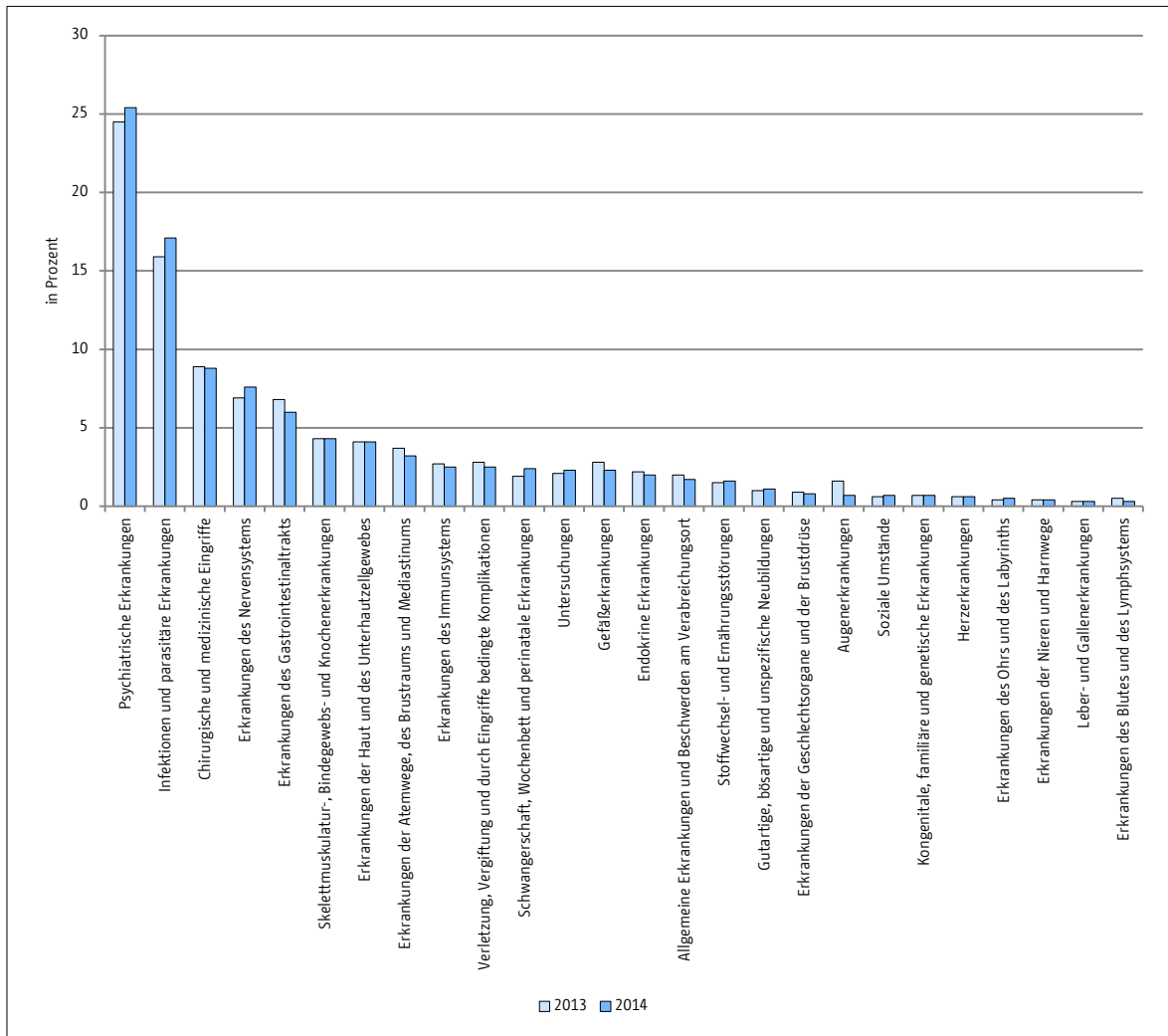
gibt, damit diese keine langen Wartezeiten in Kauf nehmen müssen. Dies könnte unter anderem auf den größer werdenden Bekanntheitsgrad unserer **Webseite www.embryotox.de** zurückzuführen sein, auf Grundlage dessen die Fachkreise ihre Patientinnen beraten. Immer wieder erleben wir aber auch, dass Ärztinnen und Ärzte ihre Patientinnen zur Beratung an uns verweisen.

Das durchschnittliche Alter der anfragenden Schwangeren betrug 32,0 Jahre (Median 32, Minimum 14, Maximum 54). Auf jede Schwangere entfallen durchschnittlich 2-3 Wirkstoffe. Neben Arzneimitteln betraf ein geringer Teil der Anfragen (4-5 %) andere Expositionen (Kosmetika, Umweltbelastungen, Röntgenuntersuchungen, berufsbedingter oder akzidenteller Substanzkontakt).

Die Kodierung mütterlicher Krankheiten, die Anlass zu einer Arzneitherapie sind, erfolgt seit 2009 nach dem Medical Dictionary for Regulatory Activities (MedDRA), so dass für die Übersicht der Behandlungsindikationen die SOC (System Organ Class)-Begriffe als oberste Ebene des MedDRA herangezogen werden (vgl. Abbildung 4.6).

Die Liste der Krankheiten/Behandlungsindikationen, um die bzw. um deren Medikamente es vorwiegend ging, wurde 2014 wie in den Vorjahren von den „psychiatrischen Erkrankungen“ angeführt. Deren Anteil liegt stabil bei etwa einem Viertel aller Anfragen. Das heißt nicht, dass jede 4. Schwangere wegen „psychischer Erkrankungen“ behandelt wird; aber es macht die große Unsicherheit in diesem Bereich deutlich. Zusammen mit den Indikationen auf dem 2. („Infektionen und parasitäre Erkrankungen“) und 3. Platz („Chirurgische und medizinische Eingriffe“) werden 50 % aller Anfragen abgedeckt. Innerhalb der „Chirurgischen und medizinischen Eingriffe“ nehmen insbesondere Impfungen einen großen Raum ein.

Abbildung 4.6:
Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2013 und 2014 nach Hauptindikationen
 - in %



Die Klassifizierung erfolgt nach den SOC (System Organ Class)-Begriffen des MedDRA-Kataloges (MedDRA-Version 17.1)
 (Datenquelle, Berechnung und Darstellung: SenGesSoz - I A -)

4.6.3 Datenerhebung und -auswertung

Anlässlich einer Schwangerenberatung wird mit Zustimmung der Patientin ein Follow-Up vereinbart, um den Schwangerschaftsverlauf einschließlich des Befindens des Kindes zu erfragen. Die so erhobenen Daten und deren Auswertung dienen der **Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS)** für das ungeborene Kind, die Schwangere und den gestillten Säugling.

Die Daten werden entlang eines detaillierten Fragenkatalogs erhoben, der zu zwei Zeitpunkten abgefragt wird:

- Bei Erstkontakt mit dem PVZ Embryonaltoxikologie, z. B. während der Frühschwangerschaft anlässlich einer Arzneimittelberatung und
- 8 Wochen nach dem errechneten Geburtstermin.
- Fallweise gesondert in der Stillzeit.

Es wird jeweils nach allen Expositionen einschließlich Genussmitteln und Drogen mit Dosis- bzw. Mengenangaben und Zeitraum der Einnahme gefragt. Außerdem werden Eigen- und Familienanamnese (die mütterliche und väterliche), bei paternaler Exposition auch die Eigenanamnese des Vaters, die Ergebnisse

pränataler Diagnostik, sowie Beruf und Schulabschluss der Schwangeren, der Schwangerschafts- und Geburtsverlauf sowie das Befinden bzw. die Entwicklungsdaten des Kindes erhoben (siehe Dokumentationsbögen sowie die Online- und Download-Fragebögen in unserer Embryotox-Informationsdatenbank (www.embryotox.de/frageboegeneuebersicht)).

Die Falldatenerhebung schließt die Auswertung von Epikrisen, Rückfragen an behandelnde Ärztinnen und Ärzte und die Schwangere ein. Die Erhebung und Prüfung der Daten zu verschiedenen Zeitpunkten während und nach der Schwangerschaft erfolgt mit Zustimmung der Patientin und gemäß Empfehlungen der europäischen Fachgesellschaft ENTIS (European Network of Teratology Information Services).

Im Ergebnis entsteht ein Datensatz, der epidemiologischen Auswertungen zugeführt werden kann. Für die elektronische Dokumentation wurde die 2009 im Institut eingeführte Pharmakovigilanz-Software VigilanceOne® (PharmApp Solutions, Erkrath) an Anforderungen einer Dokumentation von Schwangerschaftsverläufen angepasst. So können nicht nur Meldungen zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen (UAW-Meldungen) an die Bundesoberbehörden versendet und Signale für potentiell bedenkliche Medikamente generiert - sondern über ein Exportmodul anonymisierte Datensätze extrahiert werden, um Studien zu ausgewählten Arzneimitteln oder anderen Fragestellungen durchführen zu können. In diesem Zusammenhang sei auf die Anlage 1 verwiesen mit kürzlich veröffentlichten Studien, die von uns initiiert wurden oder an denen das PVZ Embryonaltoxikologie maßgeblich beteiligt war. Es handelt sich um prospektive Beobachtungsstudien sowie um prospektiv oder retrospektiv erhobene Fallberichte oder Fallserien und um multizentrische Studien unter Einbeziehung von Daten aus anderen teratologischen Zentren des europäischen Netzwerks ENTIS und des nordamerikanischen Netzwerks OTIS (Organization of Teratology Information Specialists).

4.6.4 Follow-Up

Die Entscheidung für die Vereinbarung eines Follow-up-Verfahrens richtet sich u. a. nach den mütterlichen Medikamenten, nach dem Zeitpunkt der Beratung während der Schwangerschaft und dem Zeitraum der Therapie. Besonders interessieren Arzneimittelanwendungen im ersten Trimenon (1. bis 3. Schwangerschaftsmonat). Doch auch eine medikamentöse Therapie im 2. oder 3. Trimenon (4. bis 6. bzw. 7. bis 9. Schwangerschaftsmonat) wird ausgewertet, insbesondere dann, wenn ein Verdacht vorliegt auf fetotoxische Risiken oder Anpassungsstörungen beim Neugeborenen durch Einwirkungen jenseits des 1. Trimenon. Unabhängig vom Expositionszeitraum werden **Schwangerschaften ausgewertet**, wenn für die eingesetzten Arzneimittel noch keine ausreichenden Erfahrungen vorliegen und wenn diese für die Behandlung seltener Erkrankungen eingesetzt werden.

2014 wurden 4.884 Follow-ups initiiert. Aufgrund der Dauer einer Schwangerschaft und des Follow-up-Verfahrens ist ein großer Teil davon allerdings noch nicht abgeschlossen. In 2013 waren es 4.664, davon 4.613 einen Schwangerschaftsverlauf betreffend und 51 die Stillzeit. In 77 % der Fälle konnte das Schwangerschafts-Follow-up abgeschlossen werden.

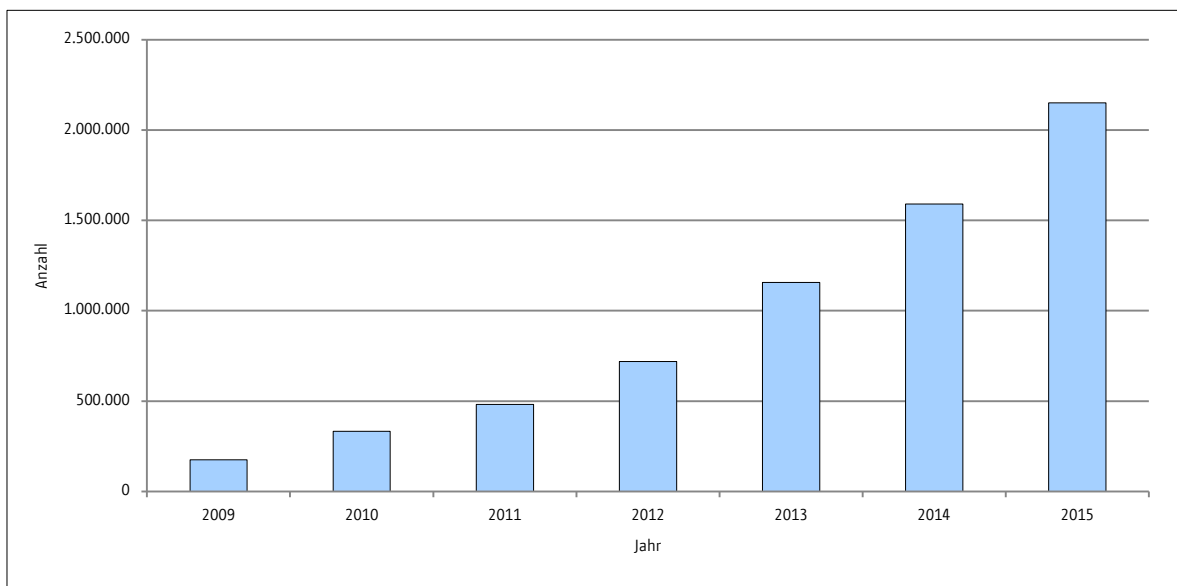
Die Schwangerschaftswoche, in der die höchste Zahl von Beratungen registriert wurde, war wie in den Vorjahren die 6. Woche (nach letzter Regel gerechnet). Der Median für den Zeitpunkt der Beratungen liegt bei Woche 12, der Mittelwert bei Woche 15,5. Auch unter den Schwangerschaften, bei denen ein Follow-Up initiiert wurde, fanden die meisten Erstkontakte in der Frühschwangerschaft statt. Der Median liegt bei 8,6 der Mittelwert bei 12,4 Schwangerschaftswochen, ähnlich wie in den Vorjahren.

4.6.5 Internetprojekt www.embryotox.de

Die im Herbst 2008 online gestellte Datenbank unserer Internetseite erfreut sich wachsender Beliebtheit mit hochgerechnet (Stand 30.11.15) 2,15 Millionen Besuchern im Jahr 2015⁴. (vgl. Abbildung 4.7).

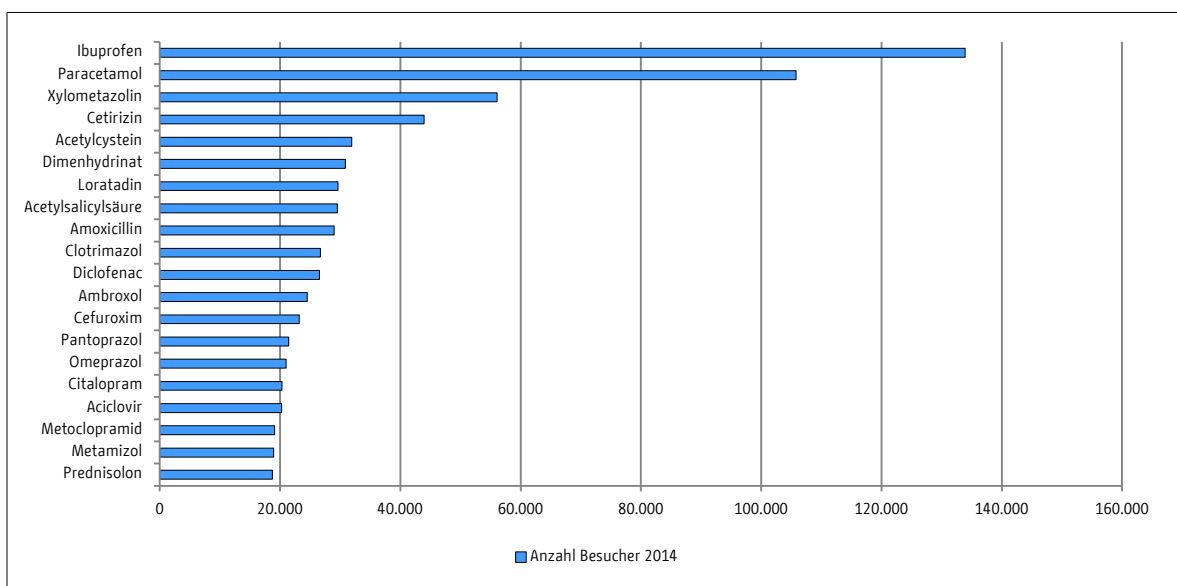
Zu über 400 Wirkstoffen sind Risikobewertungen für Schwangerschaft und Stillzeit über die Webseite abrufbar. Die Informationen werden laufend aktualisiert und ergänzt. Die häufigsten Aufrufe bei den Wirkstoffen betrafen 2014 wie auch in den vorhergehenden Jahren nicht-verschreibungspflichtige Arzneimittel, gängige Antibiotika und „Magenmittel“, so dass das Institut von telefonischen Anfragen zu diesen vergleichsweise wenig problematischen Mitteln weitgehend entlastet wird.

Abbildung 4.7:
Anzahl der jährlichen Besucher auf www.embryotox.de von 2009 bis zum Stichtag 30.11.2015



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Embryotox Berlin)

Abbildung 4.8:
Anzahl der Besucher bei den 20 am häufigsten aufgerufenen Wirkstoffseiten unter www.embryotox.de 2014



(Datenquelle, Berechnung und Darstellung: Embryotox Berlin)

⁴ Die Daten wurden online über Angebote der Firma etracker erhoben (etracker GmbH, Hamburg, www.etracker.de).

Die 20 am **häufigsten** aufgerufenen Wirkstoffseiten sind in Abbildung 4.8 dargestellt. An der Spitze stehen hier die **Schmerzmittel** Ibuprofen und Paracetamol, die auch während der Schwangerschaft bei entsprechender Indikation eingenommen werden können - Ibuprofen wegen potenziell fetotoxischer Wirkung allerdings nicht mehr nach der 28. Schwangerschaftswoche. Im Jahresdurchschnitt wurde die Ibuprofen-Seite 376 Mal pro Tag besucht.

4.6.6 Fazit und Ausblick

„Embryotox“ hat sich in den vergangenen 25 Jahren von einer kleinen Unterabteilung der Berliner „Giftberatung“ zum größten europäischen Referenzzentrum für Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft entwickelt. Als Beratungsinstitution für Laien, Fachkreise, Behörden und andere öffentliche Institutionen ist es ebenso wenig wegzudenken wie bei der Erforschung von Arzneimittelrisiken auf der Basis seiner kontinuierlich wachsenden Falldatenbank. Das einmalige, freizugängliche Informationsportal www.embryotox.de mit integriertem Online-Fragebogensystem hatte bisher über 6.000.000 Besucher. Der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit als Initiator und Hauptunterstützer von Embryotox ist es zu danken, dass die Beratungsstelle Embryotox für alle offen steht, Medikamentenrisiken in der empfindlichsten Phase des Lebens zu klären. Zielgruppe sind nicht nur Schwangere und ihre Ärztinnen und Ärzte sondern die Gesamtgruppe von Frauen im gebärfähigen Alter, die trotz Medikamenten schwanger werden könnten. Was bleibt zu wünschen: Dass Embryotox weiter frei von äußeren Einflüssen auf der Basis aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse Informationen anbieten kann - im Internet sollte eine türkische und englische Übersetzung dazu kommen. Schließlich stärkt diese Einrichtung durch Forschung und Lehre an der Charité im Bereich Therapie-Sicherheit Mutter-Kind auch den Gesundheits- und Wissenschaftsstandort Berlin.

4.7 Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes

Am 31.12.2009 trat das Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes vom 17.12.2009 (GVBl. S. 875) in Kraft. Als Mantelgesetz beinhaltet es in Artikel I das Gesetz zur Förderung der Gesundheit von Kindern und des Kinderschutzes (Berliner Kinderschutzgesetz – KiSchuG).

Mit diesem Gesetz hat der Berliner Senat sich das Ziel gesetzt, Kindern und Jugendlichen eine gesunde Entwicklung zu ermöglichen und sie vor Gefährdungen für ihr Wohl zu schützen. Dazu soll die Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern mit Berliner Wohnsitz gesteigert, die Früherkennung von Risiken für das Wohl und die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen gefördert, die Einleitung von Maßnahmen zur Frühbehandlung und Frühförderung gesichert und die Kooperation in Angelegenheiten des Kinderschutzes zwischen staatlichen Einrichtungen und Stellen sowie Einrichtungen und Diensten anderer Träger der gesundheitlichen, sozialen und pädagogischen Betreuung und Förderung von Kindern oder Jugendlichen aufgebaut werden.

Kernstück des Gesetzes ist die Einführung eines **verbindlichen Einladungswesens und Rückmeldeverfahren** für die Früherkennungsuntersuchungen der Stufen U4 bis U9. Für die Durchführung und Organisation des Einladungs- und Rückmeldewesens wurde bei der Charité-Universitätsmedizin Berlin eine „Zentrale Stelle“ eingerichtet. Sie hat die Aufgabe, die Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen zu sichern. Die Zentrale Stelle kann aus den ihr zugeliferten Daten ersehen, welche Kinder bis zu einem festgelegten Stichtag noch nicht untersucht wurden. Sie lädt die Eltern ein, ihre Kinder zur Untersuchung vorzustellen, und informiert über Inhalt und Zweck der jeweiligen Untersuchung. Den Eltern wird die Entscheidung überlassen, die unter dem Gesichtspunkt der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern unstrittig sehr wichtigen, aber dennoch weiterhin freiwilligen Früherkennungsuntersuchungen von einer Kinderärztin oder einem Kinderarzt durchführen zu lassen.

Die Früherkennungsuntersuchungen dienen dazu, rechtzeitig Störungen der körperlichen, geistigen und sozialen Entwicklung zu identifizieren, Förderbedarfe aufzuzeigen und frühzeitig Hilfe anzubieten bzw. Maßnahmen einzuleiten.

In wieweit die Ziele des Gesetzes, insbesondere die Steigerung der Inanspruchnahme-Quoten der Früherkennungsuntersuchungen von Kindern mit Berliner Wohnsitz, erreicht wurden, wird derzeit im Rahmen einer Evaluation geprüft. Anhand der Evaluationsergebnisse soll entschieden werden, ob die gesetzlichen Regelungen zur Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder sich bewährt haben oder gesetzgeberisches Handeln erforderlich ist.

4.8 Einlegeblatt für den Mutterpass „Wir sind für Dich da“

Das Einlegeblatt für den Mutterpass gehört zu den vielen Maßnahmen des sozialen Frühwarnsystems des vom Senat im Jahr 2007 beschlossenen „Konzept für ein Netzwerk Kinderschutz“, die darauf ausgerichtet sind, Schwangere oder junge Mütter bzw. Familien zu unterstützen, die sich möglicherweise in schwierigen Lebenssituationen befinden. Es wurde im Jahr 2009 als bundesweit einmaliges Pilotprojekt mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin gestartet. Es enthält insbesondere Angaben über die soziale und familiäre Situation der Schwangeren, um hieraus einen möglichen Unterstützungsbedarf ableiten zu können, sowie auch Kontaktdaten bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote.

Das Einlegeblatt in der bisherigen Form entsprach allerdings nicht mehr der aktuellen Entwicklung des Kinderschutzes, der mit Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes und der Normierung „Früher Hilfen“ einen Paradigmenwechsel hin zum primärpräventiven Kinderschutz erfahren hat. Vor diesem Hintergrund wurde das **Einlegeblatt** im Jahr 2016 angepasst, um allen Kindern einen möglichst guten Start ins Leben zu ermöglichen.

Die auf der Vorderseite des Einlegeblattes vorgesehenen Daten zur sozialen und familiären Situation der Schwangeren wurden bei der Neugestaltung des Einlegeblattes nicht mehr aufgeführt, da dies in der Vergangenheit zu Verunsicherungen in der Handhabung geführt hat. Dafür wurden die Kernkompetenzen der Beratungs- und Unterstützungsangebote im Rahmen der neuen Initiative „Wir sind für Dich da“ besonders hervorgehoben. Das neue Einlegeblatt enthält außerdem einen Hinweis zur Berliner Baby-App, die im April 2015 von Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. im Rahmen des Aktionsprogramms Gesundheit entwickelt und von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales finanziert wird (siehe Abschnitt 4.1.3.2). Zudem wurde das Einlegeblatt durch Angabe eines Redirects (www.berlin.de/schwangerschaft) und eines QR-Codes erweitert, die einen einfachen Funktionsaufruf hin zur Internetseite „Schwangerschaft und Familienplanung“ der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales ermöglichen. Überdies wurde das bisher in Papierform vorliegende Einlegeblatt durch ein beschichtetes Papierkarton ersetzt, um es besser vor etwaigen Beschädigungen zu schützen.

Neben der Aufführung der Kontaktdaten bestehender Beratungs- und Unterstützungsangebote auf der Rückseite des Einlegeblattes wurde ein deutlicher Hinweis gegeben, welche deutschsprachigen Beratungen in anderen Sprachen möglich sind.

Hauptanliegen der neuen Initiative „Wir sind für Dich da!“ ist es, frühzeitig verstärkt auf die Vielfalt der Beratungs- und Unterstützungsangebote vor, während und nach der Schwangerschaft aufmerksam zu machen, damit sie genutzt werden können. Damit hat jede Schwangere sofort mit Aushändigung des Mutterpasses relevante Informationen zur Hand, wenn sie Fragen hat oder vor Konflikten steht. Mit dieser vorbeugenden und zugleich einfachen Maßnahme werden alle Mütter und Familien in Berlin erreicht und damit zugleich der präventive Kinderschutz gestärkt.

Bevor das neue Einlegeblatt für den Mutterpass herausgegeben wurde, wurden Schwangere, die in den Berliner Schwangerenberatungsstellen beraten werden, im Rahmen eines kleinen Feldversuches beteiligt. Sie wurden vor allem gefragt, welche Anrede („Wir sind für Dich da“ oder „Wir sind für Sie da“) sie bevorzugen. Im Ergebnis sprach sich die überwiegende Mehrheit der Befragten für die niedrigschwellig angelegte Anrede aus, vor allem auch deswegen, weil sie mehrere Botschaften enthält: „Wir sind für Dich (die Schwangere) da“, „Wir sind für Dich (das werdende Kind) da“, „Wir sind für Dich (die werdende Familie) da“.

Seit April 2016 liegt jedem Mutterpass ein neues Einlegeblatt bei. Dieses Einlegeblatt „Wir sind für Dich da!“ wurde in Kooperation der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales mit Berliner Schwangerenberatungsstellen entwickelt. Es wird von der Kassenärztlichen Vereinigung herausgegeben. (www.berlin.de/sen/gesundheits/themen/schwangerschaft-und-kindergesundheit/schwangerschaft-und-familienplanung/allgemeine-schwangerenberatung/)

4.9 Der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst in Berlin - als Akteur rund um die Geburt

4.9.1 Der Ersthausbesuch als frühe, persönliche Beziehung zwischen professionellem Berater und Eltern als Grundlage für die Annahme akuter oder späterer Hilfen in kritischen Lebenslagen

Einschätzungen darüber, wie es Mutter und Kind emotional und physisch geht, wie die Beziehung zum Vater ist und wie sich das soziale Gefüge der Familie zusammensetzt, stehen im Vordergrund der **Hausbesuche** anlässlich der Geburt eines Kindes.

Die Eltern bestimmen den Beratungsprozess. Die Klärung der unterschiedlichen Rollen und Rechte, die Verfügbarkeit und Geeignetheit von Hilfen, den Umgang mit unterschiedlichen Sichtweisen/Wahrnehmungen und deren Bearbeitung sowie das Verhältnis im Dreieck zwischen Kind, Eltern und Fachkräften, ist die Voraussetzung jedweder präventiver Beratung. Es trifft Beratungsverständnis mit dem Schutz der Privacy zusammen.

In der **Primärprävention** ist die Chance groß, durch eine offene, wertschätzende und respektvolle Würdigung des zu Beratenden erfolgreich und nachhaltig zu überzeugen. Aufsuchende Beratungsarbeit mag zunächst ein aufwendiges Beratungsverfahren sein, ist jedoch in der Vermittlung von Hilfeangeboten unerlässlich. Jede Beratung muss einer fachlichen Überprüfung standhalten, der Verlauf des Beratungsprozesses festgehalten werden und für den zu Beratenden nachvollziehbar und transparent sein. Es gilt Vertrauen gegenüber möglicher Unterstützung aufzubauen.

Vertrauen ist ein Produkt von stetiger Glaubwürdigkeit, Verlässlichkeit und Authentizität. Es wirkt sich in der Gegenwart aus, ist aber auf künftige Ereignisse gerichtet. Der Verlust von Vertrauen hat immer mit dem Verlust einer dieser Zuordnungen zu tun.

Die „Inaugenscheinnahme“ als zuverlässiges Diagnoseverfahren ist von allen Fachleuten anerkannt und stellt sicher, dass geklärt werden kann, in welcher Versorgungslage sich der Säugling befindet. Ersthausbesuche, unbedingte in der räumlichen Situation des Säuglings, sind Voraussetzung für eine soziale Diagnose. Durch den zeitlichen Abstand zur Geburt (3-6 Wochen) kann im Setting Hausbesuch die Bindungssituation und die Belastung, insbesondere der Mütter, eingeschätzt werden. Oft endet die Betreuung durch

die Hebamme in dieser Zeit und viele Mütter haben keine weitere Unterstützung mehr. Die Optionen, den Kinderarzt bzw. die Kinderärztin des eigenen Fachdienstes (KJGD) einzubeziehen, bietet im Zweifel eine adäquate Möglichkeit, die gesundheitliche Situation des Kindes abzuklären und damit zeitnah Hilfen anzubieten und einzuleiten.

Der Ersthausbesuch, also die **aufsuchende Beratungsarbeit**, ist auch unter Aspekten des Kinderschutzes ein adäquates Mittel um frühen Hilfebedarf zu erkennen und zu handeln. Ziel des Erstkontaktes ist auch zu vermitteln, welche Möglichkeiten es für Mütter und Väter von Säuglingen im Bezirk in Hinsicht auf Gesundheit, Entlastung, finanzielle Hilfen, Gruppenangebote, therapeutische Hilfen, Unterstützung im Alltag und Erziehung gibt.

Die aufsuchende Beratung in diesem Kontext stellt ein **Kerninstrument im Frühwarnsystem** dar.

4.9.2 Ersthausbesuche bei Familien mit Säuglingen - eine Schwerpunktaufgabe der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste in Berlin im Kontext Früher Hilfen und Kinderschutz

Kern des Bundeskinderschutzgesetzes (BKisSchG) ist das durch Artikel 1 neu geschaffene Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG). Das KKG regelt in § 2, wie Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Entwicklung des Kindes in den ersten Lebensjahren informiert werden. Zu diesem Zweck sind die nach Landesrecht für die Information der Eltern zuständigen Stellen befugt, den Eltern ein persönliches Gespräch anzubieten. Dieses kann auf Wunsch der Eltern in ihrer Wohnung stattfinden.

Gesetzliche Grundlagen für den Ersthausbesuch nach Geburt eines Kindes nach Landesrecht stellen das

- Berliner Gesundheitsdienstgesetz (GDG),
- Berliner Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes (KiSchuG), Artikel I, § 9 und die
- gemeinsamen Ausführungsvorschriften über die Durchführung von Maßnahmen zum Kinderschutz in den Jugend- und Gesundheitsämtern der Bezirksämter des Landes Berlin (AV Kinderschutz Jug/Ges) dar.

Die in Berlin seit Jahrzehnten durchgeführten Erstkontakte sind durch das Netzwerk Kinderschutz auf ein verbindliches Niveau gehoben worden, sie sind ein wichtiger Baustein von Frühen Hilfen.

Sie bieten einen nicht stigmatisierenden Zugang zu den Familien mit Neugeborenen, zu einem Zeitpunkt, in dem die Eltern besonders gut ansprechbar sind. Der Zeitraum nah nach der Geburt ist überwiegend von einer positiven Vorstellung ihrer Rolle als Eltern geprägt, noch frei von negativen Erfahrungen wie z. B. Vorwürfen, Schuldgefühlen. Die Hausbesuche sind damit in der Regel unbelastet und dienen dem positiven Kontaktaufbau zwischen den Familien und den sozialpädagogischen Fachkräften und der Vermittlung des Hilfesystems insgesamt. Sie haben einen wertschätzenden, respektvollen, zugewandten Charakter und drücken ein „Willkommen“ der Familien mit ihren Neugeborenen in Berlin aus.

Gerade der Ersthausbesuch befindet sich im Spannungsfeld zwischen einem **präventiven Angebot** mit dem Ziel eines vertrauensbildenden Kontaktes und der Aufgabenstellung des Netzwerkes Kinderschutz. Diese anspruchsvolle Aufgabe des Kontaktaufbaus zu den Familien im Bereich der Prävention obliegt dem KJGD.

Andererseits erleben die KJGD eine hohe Akzeptanz in der Bevölkerung in dem Bemühen um den Schutz der Kinder. Aber wie vertrauensvoll kann ein Kontakt unter diesen Bedingungen sein?

Nicht nur in dieser Beziehung stellt diese Aufgabe zusammen mit dem eigentlichen Beratungsauftrag hohe Anforderungen und wird deshalb in Berlin von sozialpädagogischen Fachkräften durchgeführt.

In der Beratung wird darauf geachtet, mit den Eltern über die dazu im Raum stehenden Fragen zu sprechen und den gemeinsamen Wunsch, das Wohl der Kinder, in den Vordergrund zu stellen.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste schließen Zielvereinbarungen aufgrund der Ausführungsvorschriften über die durchzuführenden Ersthausbesuche ab. Allerdings soll es nicht allein das Ziel sein, eine möglichst hohe Zahl von Ersthausbesuchen durchzuführen. Familien sollen bei Bedarf so begleitet werden, dass ihre persönliche Kompetenz gestärkt wird. **Qualifizierte Beratungen** und nachgehende **Begleitungen** müssen bei Bedarf folgen, sonst ist das Ziel von Prävention und Frühen Hilfen verfehlt und die Familien bekommen nicht die erforderliche Unterstützung und möglichen Hilfen. Denn ein weiterer Schwerpunkt der Kinder- und Jugendgesundheitsdienste liegt in der Arbeit mit Familien mit Säuglingen, insbesondere wenn Risikofaktoren vorliegen, die die körperliche, seelische und soziale Entwicklung des Kindes gefährden können.

4.9.3 Plakataktion des KJGD „Willkommen im Leben“

Die Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen der Berliner Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) sind durch den gesetzlich festgelegten **Ersthausbesuch** bei Familien nach der Geburt eines Kindes im Bereich des Kinderschutzes tätig⁵ und legen damit einen wichtigen und wertvollen Baustein im Kontext der Frühen Hilfen.

In den Berliner Bezirken haben sich zwar unterschiedliche Formen der Willkommenskultur entwickelt; gleichwohl werden in allen Bezirken die Eltern im Rahmen des Ersthausbesuches mit Informationen zu relevanten Themen nach der Geburt eines Kindes und mit Ansprechpartnern im KJGD sowie den übrigen Angeboten im Bezirk vertraut gemacht. Dabei thematisieren die KJGD mit den Eltern die gesundheitliche Versorgung des Neugeborenen allgemein. Es geht aber auch um die finanzielle Situation der Familie sowie um rechtliche Fragen. Die gesamte psychosoziale Lage der Familie wird bei den Ersthausbesuchen angesprochen und es können aufgrund der Einschätzung der KJGD bereits in dieser frühen Phase bei Bedarf Hilfen und Unterstützung eingeleitet werden. Vor allem aber können die KJGD erkennen, ob die Eltern Beratung und Unterstützung benötigen.

Vor diesem Hintergrund ist die **Initiative „Willkommen im Leben“** entwickelt worden, um den präventiv ausgerichteten Ersthausbesuch durch den KJGD öffentlich bekannter zu machen. Zu diesem Zweck wird dieses Angebot der KJGD berlinweit als Familienbesuch in Plakatform beworben und zwar dort, wo Eltern mit ihren kleinen Kindern „ankommen“ (z. B. in Schwangerenberatungsstellen, Familienzentren, gynäkologischen Praxen, Kinderarztpraxen aber auch im öffentlichen Raum wie U-Bahnen, Bushaltestellen, Werbeflächen/-säulen etc.).

Ziel der neuen Initiative ist es, bereits während der Schwangerschaft über bestehende Angebote des KJGD zu informieren, damit die Eltern eingestimmt und vorbereitet sind oder sich auch unmittelbar nach der Geburt schon selbst bei den KJGD melden können, obwohl die KJGD noch nicht über die Daten des Kindes (sog. Geburtsmitteilungen) verfügen. Es geht aber auch darum, den Eltern zu vermitteln, dass es sich um ein Angebot des Gesundheitsamtes im jeweiligen Bezirk handelt, um unnötige Ängste etwa in Assoziation mit dem Jugendamt zu verringern.

Die Initiative „Willkommen im Leben“ bietet eine Chance, mehr Eltern auf dieses besondere Angebot der Berliner Gesundheitsämter aufmerksam zu machen und Eltern für dieses präventive Angebot zu gewinnen. Je früher die Eltern erreicht werden, desto früher können sie informiert, beraten und unterstützt werden.

⁵ vgl. § 9 Satz 2 Berliner Kinderschutzgesetz vom 17. Dezember 2009 (GVBl. S. 875)

Seit Mai 2016 verfügen alle KJGD über die Plakate „Willkommen im Leben“. Die Plakate wurden in Kooperation der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales mit den KJGD entwickelt. Sie werden von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales herausgegeben und finanziert.

4.9.4 (Präventiver) Kinderschutz

Ausgangslage in Deutschland für die Entwicklung eines flächendeckenden präventiv orientierten Schutzkonzeptes für Kinder waren die zahlreichen bekannt gewordenen Todesfälle von Kindern nach Vernachlässigung und Misshandlung. Der Fall des kleinen getöteten Kevin aus Bremen hat die (Fach)Öffentlichkeit erregt wie kein anderer zuvor. Es sind dadurch Konzepte in den Mittelpunkt gerückt, die präventiv ausgerichtet sind.

Das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend hat 2006 das **Aktionsprogramm „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“** auf den Weg gebracht. In der Folge wurde zur Koordination und wissenschaftlichen Begleitforschung aller Modellprojekte in den Ländern das Nationale Zentrum Frühe Hilfen in Köln (in Trägerschaft der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) gegründet sowie das Deutsche Institut für Urbanistik in Berlin.

In allen Bundesländern wurden parallel verschiedene Programme zur Verbesserung des Kinderschutzes implementiert. In Berlin konnten die Verbindungslinien zwischen den schon vorhandenen Hilfeangeboten, Maßnahmen und Projekten und den neuen Strategien in **Leitlinien des Kinderschutzes** zusammengefasst werden.

Dazu gehörten u. a. „Prävention durch Frühwarnsystem und Frühförderung“ d. h. der Fokus liegt auf der frühzeitigen Identifikation von Risikofaktoren und der frühzeitigen Einleitung von Hilfen.

Schließlich wurde für Berlin 2007 das **„Netzwerk Kinderschutz – Gewalt gegen Kinder entgegenwirken“** entwickelt, ein integriertes Konzept zur Prävention, Beratung, Früherkennung, Krisenintervention und rechtzeitiger Hilfestellung von den Senatsverwaltungen für Jugend und Gesundheit entwickelt (MzK – Drs. 16/285).

Die Zielrichtung des Aktionsprogramms „Frühe Hilfen und soziale Frühwarnsysteme“ wurde auch für Berlin in diesem Konzept aufgegriffen, nämlich die Verzahnung von Gesundheitswesen, Kinder- und Jugendhilfe und zivilgesellschaftlichem Engagement. Es sollten soziale Frühwarnsysteme aufgebaut werden mit effektiven Kooperationsstrukturen und der Ausbau der systematischen Zugänge zu Familien über das Gesundheitswesen erfolgen, um die frühe Erkennung von Risikolagen und Hilfebedarfen zu verbessern.

Das **Gesundheitsamt** hat hiermit eine **Schlüsselrolle** in der Übergangsphase von der präpartalen zur postpartalen Phase übernommen.

Daraus ergibt sich die unbedingte Notwendigkeit der engen Kooperation der Abteilungen Jugend und Gesundheit im Kinderschutz. Es folgte die Verabschiedung der AV Kinderschutz Jug/Ges vom 08.04.2008 zur Kooperation im Kinderschutz in Berlin. In den Bezirken trafen die Abteilungen Jugend und Gesundheit auf Basis der AV Jug/Ges eigene Kooperationsvereinbarungen.

Die entsprechende gesetzliche Grundlage folgte in Berlin in Form des **„Gesetz zum Schutz und Wohl des Kindes“** - es trat am 01.01.2010 in Kraft. Es handelt sich um ein Artikel-Gesetz, in dessen Zusammenhang viele Gesetze geändert wurden, um eine bessere Kooperation unterschiedlicher Berufsgruppen im Kinderschutz zu ermöglichen.

In der Folge wurden von der Senatsverwaltung für Gesundheit, im Benehmen mit der Senatsverwaltung für Jugend, Rahmenvereinbarungen mit landesweiten Organisationen und Einrichtungen des medizini-

schen Versorgungssystem abgeschlossen, um die Kooperation im Bereich des Kinderschutzes sicherzustellen.

Mit der Änderung des Artikels 13 der Berliner Verfassung (VvB 17.03.2010) bekennt sich das Land Berlin zu einem ressortübergreifenden Auftrag im Kinderschutz.

Dem Gesundheitsamt im Fachdienst Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) wurden in diesem Gesetz Aufgaben im **präventiven Kinderschutz** zugeschrieben, u. a. der verpflichtende Ersthausbesuch bei Familien mit erstem Kind und bei bekannt werden von Risikolagen in Familien sowie das Verbindliche Einladungswesen mit Rückmeldeverfahren. Weiterhin wurde die Einrichtung einer **Kinderschutzkoordination** im Gesundheitsamt und im Jugendamt umgesetzt.

Die Aufgaben der Kinderschutzkoordination im Gesundheitsamt:

- Kollegiale Beratung, intern und extern, auch anonymisiert,
- Prozessbegleitung/Lotsenfunktion,
- Sicherung der Kooperation, soweit es sich um Einrichtungen des medizinischen Versorgungssystems handelt,
- Risikoeinschätzungen im Kinderschutz,
- Sicherstellung und Kontrolle geeigneter Maßnahmen,
- Dokumentation/Evaluation/Qualitätssicherung,
- Kooperation mit Netzwerkpartnern des medizinisch gesundheitlichen Systems u. a. Hebammen, Gynäkologinnen und Gynäkologen, Geburtshäusern, Kliniken, Kinderärzten und Kinderärztinnen im Bezirk,
- enge Kooperation mit Kinderschutzkoordination Jug/statistischer Abgleich/Klärung schwieriger Fallverläufe/Verbesserung der Qualität im Kinderschutz,
- fachliche Standardsetzung und -sicherung.

Die Ursachen von Kindesmisshandlung beruhen in den meisten Fällen auf Belastungssituationen, für die die Familienkonstellation über keine adäquaten Lösungsmöglichkeiten verfügt. Früherkennung durch einheitliche Indikatoren/Risikofaktoren für Kindeswohlgefährdung schaffen klare Handlungs- und Kommunikationsstrukturen durch Objektivierung subjektiver Einschätzungen und sie ermöglichen Früherkennungs- und Frühförderungssysteme ohne flächendeckende Kontrollsysteme zu schaffen.

Deshalb haben sich die Fachstellen im Konzept zum Netzwerk Kinderschutz für **berlineinheitliche standardisierte Indikatoren und Risikofaktoren** entschieden, die den Fachkräften in der Gesundheits- und Jugendhilfe zur Orientierung bei der Einschätzung von Gefährdungslagen dienen sollen. Ebenso wurde ein standardisiertes Verfahren im Kinderschutz festgelegt, das die verantwortlichen Dienste einhalten müssen.

Nach dem Berliner Kinderschutzgesetz wurde das so genannte **Bundeskinderschutzgesetz** „Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen“ (BKisSchG) ab 01.01.2012 wirksam. Es ist ein Artikelgesetz.

Der Artikel 1 des Gesetzes zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) beinhaltet u. a. die Frühen Hilfen und die Kooperation aller in diesem Bereich angesiedelten Dienste in einem Netzwerk.

Der Auf- und Ausbau von Netzwerkstrukturen im Rahmen des Netzwerk Kinderschutz in den Bezirken Berlins, sowie die vermehrte Teilnahme an Fallkonferenzen und die Einhaltung von interdisziplinären Verfahrensabsprachen der Abteilungen Jugend und Gesundheit nehmen einen großen zeitlichen Rahmen ein.

Die Sensibilisierung der Bevölkerung insgesamt zum Thema Kinderschutz hat sich mittlerweile deutlich erhöht. Dadurch kommt es zu mehr Meldungen an die KJGD, denen gemäß dem standardisierten Verfahren lt. AV Kinderschutz Jug/Ges nachgegangen wird.

Das Bundeskinderschutzgesetz hat die Strukturen des Berliner Kinderschutzgesetzes bestätigt und u. a. durch die Frühen Hilfen ergänzt (Zielgruppe: Schwangere und Familien mit Kindern von 0-3 Jahre, Stärkung der präventiven Arbeit, Verpflichtung zum Beratungsangebot der Zielgruppe, Einsatz von Familienhebammen u. v. m.). Auf Grundlage des BKiSchG wurde in Berlin die „Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen“ verabschiedet.

„Bundesinitiative Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen 2012-2015“

Auf Landesebene hat Berlin dazu eine Rahmenvereinbarung zwischen der Senatsverwaltung Jugend und Senatsverwaltung Gesundheit geschlossen. In den Bezirken wurden entsprechend der Rahmenkonzeption und der Fördergrundsätze Konzepte zwischen den beiden Abteilungen Jugend und Gesundheit erarbeitet. Die Federführung für die Umsetzung der Bundesinitiative liegt gemäß der Vorgabe aus der Berliner Rahmenkonzeption jeweils in den Jugendämtern.

„Kern ist die Vorhaltung eines möglichst frühzeitigen, koordinierten und multiprofessionellen Angebots im Hinblick auf die Entwicklung von Kindern vor allem in den ersten Lebensjahren für Mütter und Väter sowie schwangere Frauen und werdende Väter (Frühe Hilfen)“ (Rahmenkonzeption Pkt. 1.2, S. 3, Abs. 2).

In einigen Bezirken wurde eine gemäß der Konzeption einzurichtende Koordinierungsstelle für das Netzwerk Frühe Hilfen und Familienhebammen geteilt und je zur Hälfte in der Abteilung Jugend mit Zuständigkeit für die Netzwerkkoordination und zur Hälfte in der Abteilung Gesundheit verankert. Die Koordination der Familienhebamme ist in diesen Fällen im sozialpädagogischen Bereich des KJGD angesiedelt. Es gibt berlinweit unterschiedliche Formen der Zuordnung.

Gemäß der Fördergrundsätze für Berlin ist geregelt, dass generell die Entscheidung über den Einsatz einer Familienhebamme im Einvernehmen mit bzw. durch das Gesundheitsamt getroffen wird. (siehe Rahmenkonzeption und Fördergrundsätze zur Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen, S. 10, Pkt. 3.3).

Die vorgelegte Bundesinitiative hat eine finanzielle Unterlegung erfahren.

Das Bundesministerium finanziert den Auf- und Ausbau der Netzwerke Frühe Hilfen, der Ehrenamtlichen Strukturen und den Einsatz der Familienhebammen bundesweit mit aktuell 51 Mio. Euro jährlich bis vorerst 2017. Die zukünftige Finanzierung soll in gleicher Höhe bestehen bleiben und voraussichtlich in Form einer Stiftung erfolgen.

Frühe Hilfen

Die Grundannahmen der Frühen Hilfen

- Kinder im Alter von 0-3 Jahre sind besonders verletzlich - schutzbedürftig.
- Eltern sind im Zeitraum rund um die Geburt besonders gut ansprechbar.
- Risiken für eine gesunde Entwicklung sollen rechtzeitig erkannt werden.
- Entwicklungen können von Anfang an günstig beeinflusst werden, bevor sich negative Interaktionen verfestigen.
- Möglichen Fehlentwicklungen/Schädigungen soll auf diese Weise vorgebeugt werden (Präventionskette).

Definition der Frühen Hilfen

Zielgruppe der Frühen Hilfen sind (werdende) Eltern mit Kindern von 0–3 Jahre, es sollen möglichst frühzeitig Hilfeangebote gemacht werden.

Frühe Hilfen umfassen insbesondere regionale und lokale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für (werdende) Eltern mit Kindern.

Ziel der Frühen Hilfen ist es, die Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Dies soll sowohl durch eine flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten als auch durch die Verbesserung der Qualität der Versorgung erreicht werden. Neben alltagspraktischer Unterstützung geht es insbesondere um die Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenzen von (werdenden) Müttern und Vätern.

Die Angebotsformen sind vielfältig, da sie sowohl allgemein als auch spezifisch sind.

Universelle (Primäre) Prävention: z. B. Krabbel- und Spielgruppen, Peking-Gruppen, Angebote in Familienzentren, Beratungsangebote, wie z. B. die Ersthausbesuche bei Erstgebärenden durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des KJGD.

Selektive (Sekundäre) Prävention: darunter wird passgenaue Unterstützung für die Familien verstanden, wenn Problemlagen und Hilfebedarf bekannt werden.

Instrumente der Frühen Hilfen sind Unterstützungsangebote im sekundären Präventionsbereich, insbesondere die Familienhebammen, die im Bundeskinderschutzgesetz für alle Bundesländer als Unterstützungsangebot der Frühen Hilfen festgeschrieben sind. Speziell in Berlin wurde zusätzlich die Aufsuchende Elternhilfe als Instrument der Frühen Hilfe implementiert.

Hier sei aber auch das Beratungsangebot durch Kinderkrankenschwestern benannt, die es in einigen Bezirken Berlins im KJGD gibt.

Die Zielgruppe für diese speziellen Hilfen umfasst

- junge, alleinstehende Mütter,
- minderjährige Mütter,
- Frauen mit Mehrlingsgeburten,
- Familien mit behinderten Kindern,
- kinderreiche Familien,
- Familien in ungünstigen Wohnverhältnissen,
- Familien in sozialen Brennpunkten,
- Suchtmittelmissbrauch in Familien,
- Familien, bei denen bekannt ist, dass schon beim ersten Kind Probleme auftraten,
- psychisch kranke Eltern (mind. ein Elternteil).

Diese Formen der Frühen Hilfen reichen bis zur Überleitung zu weiteren Maßnahmen zum Schutz des Kindes. Das heißt, Frühe Hilfen enden dort, wo Gefährdungslagen für das Kindeswohl ausgemacht werden. Das stellt hohe Anforderungen an die Akteure der Frühen Hilfen, denn sie müssen die Schwelle im Bereich der Gefährdungslage eines Säuglings erkennen können.

Definitionsmerkmal Früher Hilfen: die Frühintervention

Frühintervention durch primär und sekundär indizierte Prävention zur Stärkung der elterlichen Erziehungsfähigkeit ist ein wesentliches Merkmal, denn Säuglinge und Kleinkinder sind in besonderer Weise verwundbar und wie in keinem anderen Entwicklungsalter auf umfassende Betreuung und Versorgung angewiesen.

Damit ist die besondere Beziehungssituation umschrieben, in der sich die körperliche und psychologische Befindlichkeit von Kindern, ihr Wohlbefinden ebenso wie ihr Unwohlsein, dann, wenn sie keine anderen körperlichen bzw. organischen Beeinträchtigungen haben, überwiegend in ihrer Angewiesenheit auf elterliche Fürsorge erklären lassen. Gelingende Entwicklung ebenso wie Verhaltensprobleme und -auffälligkeiten oder (drohende) Kindeswohlgefährdung bei Säuglingen und Kleinkindern lassen sich daher immer auch im Kontext ihrer jeweiligen Beziehung mit ihren Bindungspersonen, in der Regel also Mutter und Vater, interpretieren.

Eingeschränktes Erziehungsverhalten und eingeschränkte Beziehungsfähigkeit führen z. B. dazu, dass die Eltern sich nicht flexibel auf die veränderten Bedürfnislagen eines Säuglings oder kleinen Kindes einstellen können, die eigenen Bedürfnisse nicht von denen des Kindes getrennt wahrnehmen können. Oder die kindlichen Signale verzerrt wahrnehmen, gefolgt von verzerrten Interpretationen und Zuschreibungen sowie feindseligem aggressivem bis hin zu misshandelndem Verhalten (Teti & Candelaria, 2002; Minde & Minde, 1997).

Die Kumulation und die Wechselwirkung von Risikofaktoren und das Fehlen von Ressourcen und so genannten Schutzfaktoren, die diese Risiken abfedern oder mildern, führen zu chronischen und schwerwiegenden Gefährdungslagen in Familien.

Bei Säuglingen und Kleinkindern ist ein so geartetes eingeschränktes Repertoire angemessenen elterlichen Beziehungs- und Erziehungsverhaltens wegen ihrer besonderen Verletzlichkeit besonders kritisch.

Ist die Versorgung und Betreuung von Säuglingen und Kleinkindern unzureichend oder gar nicht gewährleistet, können akute Gefährdungssituationen abrupt eintreten. Versorgt eine Mutter z. B. wegen eines Alkoholexzesses längere Zeit ihren Säugling nicht, kann dies sehr schnell zu einer lebensbedrohlichen Situation führen. Insofern finden sich gerade im Säuglings- und Kleinkindalter abrupte Übergänge von diskreten Hinweisen bis zur akuten Gefährdung. Fachkräfte, die die Beratung und Betreuung einer Familie als Frühe Hilfe beginnen, können unvermutet vor der Situation stehen, eine mögliche Kindeswohlgefährdung abschätzen zu müssen.

2005 starben in Deutschland insgesamt 17 Kinder an den Folgen von Kindesmisshandlung. Davon gehörten 15 Kinder der Altersgruppe der unter 1-Jährigen an (Fuchs-Rechlin, Kirsten; „Kindstötungen – Was sagt die Statistik?“ In: Korn Dat Jugendhilfe, Sonderausgabe 10/206, S. 3-5).

Deshalb gibt es in allen Bezirken Koordinatorinnen und Koordinatoren für die **Familienhebammen**, sie beraten und unterstützen sie bei der Arbeit in den Familien und in der Einschätzung des Kindeswohls gemäß § 8 a SGB VIII.

In Berlin haben die Bezirke unterschiedliche Anbindungsmodelle für die Familienhebammen gewählt. Sie sind zum Teil bei Jugendhilfeträgern, zum Teil bei den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten, in wenigen Fällen auch beim Jugendamt direkt angebunden.

Abbildung 4.9: Ansatzpunkte Früher Hilfen



(Quelle: KJGD Charlottenburg-Wilmersdorf)

Anbindungen der Familienhebammen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst - am Beispiel des KJGD Charlottenburg-Wilmersdorf

Das Angebot von Familienhebammen im KJGD verbindet die bestehenden Säulen:

1. das Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung für Schwangere,
2. die Entbindungskliniken,
3. der KJGD,
4. der Regionale Soziale Dienst (RSD)

durch Meldungen und Überleitungen innerhalb der Dienste:

- vom Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung,
- aus den Geburtskliniken (insbesondere DRK Klinikum Westend, da dort 2x wöchentlich die Entbindungsstation durch den KJGD besucht wird),
- von Gynäkologen und Gynäkologinnen, freiberuflichen Hebammen, Kinderärzten und Kinderärztinnen, freie Trägern, Projekten, etc.
- der Kinderschutzkoordinatorin des Gesundheitsamtes als Ansprechpartnerin für andere Kooperationspartner im regionalen Netzwerk Kinderschutz Charlottenburg-Wilmersdorf von hilfebedürftigen (werdenden) Eltern,
- der Regionalen Sozialen Dienste im Jugendamt, wenn dort Anfragen und Meldungen eingehen.

Der KJGD bietet eine zusätzliche multiprofessionelle Anbindung der Eltern mit dem Säugling, insbesondere die enge Kooperation mit der zuständigen Sozialarbeiterin und den Kinderärzten sowie Kinderärztinnen im KJGD.

Aufgaben der Familienhebammen

Allgemeines Ziel des Einsatzes einer Familienhebamme ist die Förderung der körperlichen, psychischen und sozialen Gesundheit von Mutter und Kind, um dadurch zur Stärkung der Potentiale und Kompetenzen von Eltern und Kindern von Anfang an beizutragen (vgl.: Tabellen 4.7 und 4.8).

Tabelle 4.7:

Aufgaben der Familienhebammen

Präpartal	Postpartal	Bis zum 1. Lebensjahr des Kindes
<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung auf die Geburt • Anmeldung zur Geburt/ Geburtsvorbereitungskurse • Entwicklung des Kindes im Mutterleib • Körperliche Veränderungen/Gynäkologische Untersuchung/Vorsorge sicherstellen • Häusliche Vorbereitung auf das Kind, Hygiene, Ernährung, Bekleidung, angemessener Schlafplatz • Materielle, rechtliche und formelle Vorkehrungen auf das Kind • Rollenfindung der Eltern vorbereiten • Begleitung zu Institutionen • Überleitung zum Ersthäusbesuch 	<ul style="list-style-type: none"> • Stillberatung • Gesunde Ernährung • Pflegeanleitung • Gewichtskontrolle, Vorsorgeuntersuchungen, erste Impfungen • Unterstützung des Bindungsaufbaus • Bedürfnislagen erkennen • Überforderungssymptome wahrnehmen und entgegen wirken • Umsetzung ärztlicher Ratschläge begleiten • Tagesstruktur entwickeln • Interaktionstraining • besondere Beratung bei Frühgeburt oder bei Kindern mit Beeinträchtigungen, einem behinderten Kind oder Mehrlingsgeburten • besondere Anforderungen ggf. Überforderung bei der Mutter auffangen • besondere Hilfen und ärztliche Diagnostik anregen 	<ul style="list-style-type: none"> • vorausschauende Entwicklungsberatung • Orientierung in Erziehungsfragen • Schutz des Kindes sicherstellen • Erste Hilfe / Kurse bzw. Bewusstsein schulen für Gefahren • Förderndes Spiel / Bewegung/ Ansprache des Kindes unterstützen • ins Netzwerk Frühe Hilfen vermitteln / zu Angeboten begleiten • berufliche Orientierung vorbereiten • Rollenfindung der Eltern begleiten

(Datenquelle: KJGD Charlottenburg-Wilmersdorf Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 4.8:**Arbeiten im Tandem: Familienhebamme und Fachkraft aufsuchende Elternhilfe (AEH)**

Familienhebamme	Aufsuchende Elternhilfe
<ul style="list-style-type: none"> • eher gesundheitsbezogen orientiert • frühe Beziehung zwischen Mutter und Kind – Bindungsaufbau • Gesunde Ernährung, Pflege und Entwicklung 	<ul style="list-style-type: none"> • Sozialpädagogisch orientiert • eher für prekäre / multiproblematische Lebenslagen • eher materiell und psychosozial stark belastete Lebenslagen

(Datenquelle: KJGD Charlottenburg-Wilmersdorf Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Die Aufgaben der Koordination der Familienhebammen im Gesundheitsamt KJGD – sozialpädagogischer Dienst

- Akquise/Auftragsklärung/Einsatzplanung,
- Vermittlung aller Anfragen an geeignete Hilfeanbieter,
- Teambesprechungen/Einzelberatungen,
- Krisenintervention und Risikobewertung,
- Einsatz- und Sicherstellung der Erreichbarkeit,
- Urlaubs- und Vertretungsplanung,
- Vorstellung von Arbeitsmaterialien,
- Öffentlichkeitsarbeit/Netzwerkimplementierung,
- Abrechnung der Gelder in Kooperation mit der Netzwerkkoordination Jugend,
- Evaluation/Sachberichte verfassen.

Verfahrensstandards beim Einsatz der Familienhebamme

1. Klärungsphase:

- Anfrage geht ein,
- Zentrum/KJGD, Jugendamt, Klinik, Kinderarzt/-ärztin, Hebamme,
- oder Betroffene,
- telefonische Abklärung des Hilfebedarfs,
- 1-3 Klärungsgespräche mit mindestens 1x Hausbesuch,
- Zielvereinbarung mit den Eltern,

2. Gemeinsame Hilfekonferenz:

- Fachkoordination Familienhebamme,
- Zuständige/r Sozialarbeiter/in KJGD,
- Familienhebamme,
- Kinderschutzkoordination Ges,
- Möglich: Sozialarbeiter/in aus Jugendamt, Zentrum oder Klinik, WIGWAM,
- Ziel: Überprüfung und Abstimmung des Hilfebedarfs und der angemessenen Hilfe.

3. Abschluss der Hilfe:

- am Ende des 1. Lebensjahres des Kindes,
- Abschlussgespräch Koordination/Familienhebamme/Familie,
- Erstellung eines Abschlussberichts.

Wird ein weiterer Hilfebedarf erkennbar:

- Einbeziehung der zuständigen Sozialarbeiterin bzw. des Sozialarbeiters von Gesundheit oder Jugend, evtl. beide, durch die Koordinatorin,
- Helferbesprechung,
- Einleitung weiterer Hilfen, z. B. ergänzend Familienhilfe durch das Jugendamt,
- Einbindung der Eltern in einem gemeinsamen Überleitungs-/Abschlussgespräch.

Der Verlauf des Einsatzes der Familienhebamme und die Einschätzung der Entwicklung in der Familie erfolgt in enger Kooperation und im Austausch mit der zuständigen Sozialarbeiterin bzw. des zuständigen Sozialarbeiters entweder des Zentrums für sexuelle Gesundheit, des KJGD oder des Jugendamtes.

Die Familienhebammen sind mit insgesamt 30 Wochenstunden im Bezirk tätig, die Bezahlung erfolgt gemäß des Rundschreibens der beiden Senatsverwaltungen Gesundheit und Jugend auf Honorarbasis. Die Koordination der Familienhebammen ist unterlegt mit einem Anteil der Netzwerkstelle Frühe Hilfen von 22,3 % VZÄ (Vollzeitäquivalent). Die Stundenanzahl reicht jedoch für die vielfältige Aufgabenstruktur nicht aus und wurde vom KJGD mit eigenen Personalanteilen aufgestockt, derzeit auf 30 Wochenstunden.

Die Familienhebammen sind hauptsächlich in der Beratung von (werdenden) Familien eingesetzt.

Es finden 14tägige Fall- und Teambesprechungen unter Leitung der Koordinatorin statt, aber auch bei zusätzlichem Bedarf.

Ein besonderes Projekt im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf ist die Vorhaltung einer **Schwangerengruppe speziell für nichtversicherte Schwangere und Schwangere mit Migrationshintergrund** durch eine Familienhebamme.

Dieses Angebot erfolgt in enger Kooperation mit dem Zentrum für sexuelle Gesundheit und Familienplanung sowie mit den Asyleinrichtungen des Bezirks.

Es wurden aus Mitteln der Frühen Hilfen zahlreiche Informationsmaterialien zur Veranschaulichung der körperlichen Veränderungen in der Schwangerschaft, der Entwicklung und Lage des Fötus im Mutterleib und des Geburtsprozesses angeschafft, die die Vermittlung von Informationen und die Beratung deutlich unterstützen und ergänzen. Die Vermittlung findet überwiegend in englischer Sprache oder mit Unterstützung von Dolmetscherinnen aus dem Zentrum für sexuelle Gesundheit statt.

Geplant ist, **Familienhebammensprechstunden in Asyleinrichtungen** des Bezirks stattfinden zu lassen.

In zwei Familienzentren wird nach Absprache eine Informationsveranstaltung durch Familienhebammen zur Vermittlung ihres Aufgabenspektrums vorgenommen.

Es gibt eine weitere Kooperationsabsprache mit der Beratungsstelle für junge Menschen in Not der KuB (Kontakt- und Beratungsstelle) am Zoo, die sich speziell um schwangere junge Frauen kümmert. Es wird bei Bedarf eine Beratung in der Einrichtung durch eine Familienhebamme durchgeführt, um niedrigschwellig in Kontakt mit den Schwangeren zu kommen und Ängste vor Behörden und Ämtern mehr und mehr abbauen zu können. Gesundheitsbezogene Angebote werden in der Regel in dieser Situation eher angenommen als Angebote der Jugendhilfe.

Praxisbeispiel: Frühe Hilfen in Charlottenburg-Wilmersdorf – ein Kooperationsprojekt mit der Bürgerstiftung Berlin im „Haus des Säuglings“

Im Jahr 2011 wurde ein Kooperationsprojekt zwischen dem Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf, Abteilung Soziales und Gesundheit und der Bürgerstiftung Berlin entwickelt. Ausgangssituation war die zunehmend beobachtete Unsicherheit von Müttern im Umgang mit ihren neugeborenen Säuglingen durch die Ärzte der Entbindungsstation des DRK Klinikums Westend. Durch die regelmäßig seit 1991 durchgeführten Besuche von Fachkräften des Haus des Säuglings auf der Neugeborenen Station bestand bereits eine gute Kooperation und es wurde ein Angebot zur **Stärkung der elterlichen Kompetenzen** unter der Überschrift „Spielen Lernen“-Gruppe entwickelt.

Die Finanzierung zur personellen Ausstattung des Projekts durch eine pädagogisch-psychologisch ausgebildete Fachkraft mit 20 Wochenstunden erfolgt aus Spendenmitteln durch die Bürgerstiftung Berlin. Die Räumlichkeiten und den organisatorischen Rahmen bietet das Bezirksamt Charlottenburg-Wilmersdorf im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des Rathauses in der Otto-Suhr-Allee im „Haus des Säuglings“.

Das Projekt wurde 2015 für die Dauer von weiteren fünf Jahren verlängert.

Inhalte des Gruppen- und Beratungsangebots

Nach dem Motto „Alle Kinder wollen spielen, Eltern können es lernen“ wird ein frühzeitiges Angebot an Eltern gemacht. Die Neugier entfalten und dem Bewegungsdrang freien Lauf lassen, immer in der Sicherheit der Bezugsperson, in der Regel Mutter oder Vater. Das ist wichtig für kleine Kinder.

Spielen heißt die Welt entdecken, selbst Erfahrungen machen und die positive interaktive Dimension des Spielens im Setting mit anderen Kindern und Eltern erfahren, das fördert die Entwicklung des Kindes auf allen Ebenen.

Vor allem aber steht im Vordergrund des Gruppenangebots, mit den Eltern über die Bedeutung eines sicheren Bindungsaufbaus und über das Verständnis für die kindliche Entwicklung ins Gespräch zu kommen. Es geht darum, die Signale des Kindes zu erkennen und richtig verstehen zu lernen, die Eltern darin zu bestärken, angemessen und prompt auf die Bedürfnisse des Kindes zu reagieren und die Welt mit den Augen des Kindes zu sehen.

Das fördert das Vertrauen des Säuglings und Kleinkindes in sich selbst und in die Welt. Nur auf der Basis dieses erworbenen Grundvertrauens wird es seinen Wissens- und Erfahrungsdrang entwickeln und ausleben können.

Entsprechend dem Anliegen der Förderer des Projekts, der Bürgerstiftung Berlin und dem Fertility Center Berlin, richtet es sich speziell an Eltern, die sozial benachteiligt sind und deren persönliche Lebenssituation von meist mehreren unterschiedlichen belastenden Faktoren geprägt ist.

Die Sozialarbeiterinnen lernen die Eltern in der Regel im Rahmen eines Ersthausbesuchs kennen und stellen im Verlauf des Kontakts den weiteren Beratungsbedarf der Familie fest. In dem Gespräch können sie bereits das Angebot „Spielen-Lernen“ vorstellen und das Interesse und die Motivation der Eltern zur Teilnahme wecken. Es ist ein sehr niedrigschwelliges Angebot, dem viele dieser Eltern mit Offenheit begegnen. Sie werden für den Besuch der Gruppe von der zuständigen Sozialarbeiterin vorgemerkt und angerufen, sobald ein Platz zur Verfügung steht.

Die Gruppen finden an vier Tagen in der Woche zu unterschiedlichen Vormittags- und Nachmittagszeiten statt und werden jeweils mit 8-10 Eltern mit Kindern belegt; insgesamt gibt es sechs Gruppen.

Derzeit wird eine Gruppe inhaltlich umstrukturiert, angelehnt an das STE(E)P Konzept für junge Mütter der Fachhochschule Potsdam.

Es ist ein videogestütztes Beratungsprogramm, dessen Ziel es ist, den jungen Eltern und ihrem Säugling einen guten Start ins Leben zu ebnet. Die Eltern werden bis zum zweiten Lebensjahr begleitet.

Im ersten Jahr findet die Gruppe im Haus des Säuglings im KJGD statt (mit einer zusätzlichen STEEP-Beraterin), im zweiten Jahr wird eine Überleitung ins Familienzentrum am Halemweg durchgeführt und dort von der STEEP-Beraterin und einer weiteren Fachkraft des Familienzentrums am Halemweg fortgeführt. Die ausgebildete STEEP-Beraterin wird aus den Mitteln der Frühen Hilfen zusätzlich finanziert.

4.9.5 Gesund Aufwachsen in Spandau

Sozialpädiatrische Fortbildung für - Fachkräfte im Bereich Familienhilfe und des Regionalen Sozialen Dienstes/Jugendamt - Kita-Gesundheitsbeauftragte und Kindertagespflegefachkräfte das Beispiel im Bezirk Spandau

Die Zusammenhänge zwischen Armut, Bildung und Gesundheit sind in den letzten Jahrzehnten in umfangreichen Studien dargestellt worden. Diese zeigen sich in einem Bezirk wie Spandau, in dem die Anzahl der Familien in komplexen Problemlagen stetig zugenommen hat, in allen Bereichen, in denen Fachkräfte mit Kindern, Jugendlichen und deren Familien beschäftigt sind.

Diese Zusammenhänge werden u. a. durch die Ergebnisse der Einschuluntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes in Spandau abgebildet. Sie zeigen vor allem ein erhöhtes Gesundheitsrisiko von sozial benachteiligten Familien und verdeutlichen die gesundheitlichen Problemlagen der Einschüler und Einschülerinnen aus diesen Familien, wie bspw. im Bereich des Körpergewichtes oder der kognitiven und sprachlichen Entwicklung.

Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen des Förderprogramms „Aktionsraum Plus“ das **Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter** (KiJu Fit in Spandau) exemplarisch in dem Pilotprojektgebiet Falkenhagener Feld initiiert, um die gesundheitliche Chancengleichheit bei Kindern und Jugendlichen zu verbessern. Dieses Netzwerk wurde vom Evangelischen Waldkrankenhaus Spandau in enger Zusammenarbeit mit dem Bezirksamt Spandau entwickelt.

Zentrales Anliegen des Projektes KiJu Fit ist es, den Blick der Fachkräfte für die ganzheitlichen gesundheitlichen Aspekte im Sinne der WHO zu schärfen, Zugangswege hierfür zu ermitteln, gesundheitsfördernde Programme, von denen Kinder, Jugendliche und deren Familien direkt profitieren, zu implementieren und eine Kultur der gemeinsamen Verantwortung zu fördern.

Im Zuge dieser Aktivitäten organisierte das Bezirksamt gemeinsam mit KiJu Fit in Spandau 2013 die **Gesundheitskonferenz** – Gesund aufwachsen in Spandau. Über 150 Spandauer Fachkräfte aus Jugendhilfe, Kita, Schule, Gesundheit und vielen anderen Institutionen und Organisationen diskutierten und formulierten Ergebnisse, die in den verschiedenen Entwicklungsphasen und Settings von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern von Bedeutung für ein gesundes Aufwachsen in Spandau sind.

Die Gesundheitskonferenz 2013 war somit ein entscheidender Auftakt für die Erarbeitung von alters- und entwicklungspezifischen Zielen in den Settings Familie, Kita und Schule in Vorbereitung auf eine „AG – Gesund aufwachsen – Präventionskette aufbauen“.

Im Rahmen dieser Aktivitäten im Bezirk Spandau wurde in Kooperation mit dem Jugendamt, den Schwerpunktträgern der Jugendhilfe sowie dem Gesundheitsamt zunächst die „Sozialpädiatrische Fortbildungsreihe für Fachkräfte im Bereich Familienhilfe und des Regionalen Sozialen Dienstes (RSD)/Jugendamt“ entwickelt, initiiert durch KiJu Fit in Spandau.

Insgesamt fanden drei eintägige Veranstaltungen in den Regionen der Jugendamtszuständigkeit im Bezirk statt. An den Veranstaltungen nahmen Familienhelfer und -helferinnen der Schwerpunktträger der Jugendhilfe, RSD-Mitarbeiter und -Mitarbeiterinnen sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes teil. Die Veranstaltung wurde als Kooperationsveranstaltung des Gesundheitsamtes Spandau, des Jugendamtes Spandau und des Netzwerkes Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter (KiJu Fit in Spandau) des Evangelischen Waldkrankenhauses durchgeführt.

Fortbildungsziele und -inhalte

Ziel der Veranstaltung war es, zum einen das gegenseitige Kennenlernen zu fördern und zum anderen vor allem sozialpädagogische Fachkräfte auf die sozialpädiatrischen Aspekte des gesunden Aufwachsens, insbesondere im Hinblick auf ein gemeinsames Verständnis, aufmerksam zu machen.

Ein besonderes Augenmerk wurde hier auf die Bedarfslage von Kindern in sozial belasteten Lebensverhältnissen gelegt. Unabhängig von dem jeweiligen Jugendhilfeauftrag, muss jedes Kind in einer Familie mit seiner individuellen Situation wahrgenommen und bei Bedarf zeitnah reagiert werden.

Auf dem Fortbildungstag wurde auf folgende Themen durch verschiedene Referenten aus dem Evangelischen Waldkrankenhaus, dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, dem Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst und dem Zahnärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes eingegangen:

1. Armut und gesundheitliche Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen,
 - anhand der Darstellung der Ergebnisse nationaler und internationaler Studien,
 - anhand der Darstellung der Einschulungsergebnisse in Spandau,
2. Grundzüge der körperlichen Entwicklung von Kindern,
3. Grundzüge der Bindungsentwicklung,
4. „Gesund beginnt im Mund“ – Möglichkeiten zur Verbesserung der Zahngesundheit,
5. Vorsorgeuntersuchungen – Impfungen – Einschulungsuntersuchung,
6. Erarbeitung eines gemeinsamen Gesundheitsverständnisses.

Jeder Fortbildungstag wurde von einer Falldarstellung im Rahmen von Familienhilfe begleitet, eingebracht und fachlich begleitet durch die Kinderschutzkoordinatorinnen des Gesundheitsamtes und Jugendamtes. Vor jedem Vortrag wurden neue Informationen zur Familiensituation oder dem Gesundheitszustand der Kinder gegeben, um eine möglichst hohe Praxisrelevanz herzustellen.

Ein **Schwerpunktthema** waren die Grundzüge der kindlichen Entwicklung und mögliche Ursachen von Entwicklungsverzögerungen aus kinderärztlicher und kinderpsychiatrischer Sicht. Sehr anschaulich wurde den sozialpädagogischen Fachkräften die besondere Bedeutung von sensiblen und kritischen Zeitfenstern der Entwicklung dargestellt, von der beginnenden Schwangerschaft an, samt der Grundzüge der Bindungsentwicklung und die besondere Bedeutung des ersten Lebensjahres.

Während der ersten Lebensjahre bildet das menschliche Gehirn den Großteil der Systeme und Strukturen aus, die für alle zukünftigen gefühlsmäßigen, verhaltensmäßigen, sozialen und physiologischen Funktionen für den Rest des Lebens verantwortlich sein werden. Zeitfenster für soziale Kompetenz oder emotionale Entwicklung sind mit einem bestimmten Kindesalter abgeschlossen, wobei die Funktionen solcher verpasster Zeitfenster später nicht oder nur mit einem erheblich höheren Aufwand nachzuholen sind.

Sozialpädagogische Fachkräfte arbeiten häufig mit jungen Eltern, die in ihrer eigenen kindlichen Entwicklung schwierige Bindungsbeziehungen hatten. In der Arbeit mit diesen Eltern fällt auf, dass diese Probleme haben, empathisch die Bedürfnisse ihrer Kinder zu erkennen und darauf einzugehen.

Die sozialpädagogischen Fachkräfte konnten den theoretischen Unterbau zum Fallverstehen für ihre konkrete Arbeit sehr gut annehmen.

Am Ende jeder Veranstaltungen erfolgte immer eine rege Diskussion, wie sich neue Erkenntnisse über den Gesundheitszustand eines Kindes auf den Hilfeplan auswirken könnten und die Möglichkeiten der weiteren Zusammenarbeit.

Die Sozialpädiatrische Fortbildungsreihe wurde im Jahr 2015 thematisch angepasst und für die Kita-Gesundheitsbeauftragten und Kindertagespflegefachkräfte in 2 Regionen angeboten.

Im Rahmen der „AG - Gesund Aufwachsen - Präventionskette aufbauen“ hatte sich die Unter-AG Kita & Gesundheit in Spandau gebildet. Zur Bedarfsklärung wurden regionale Austauschrunden mit den Kita-Leitungen, den Spandauer Kinderärzten und Kinderärztinnen, den Kinderärzten und Kinderärztinnen des KJGD sowie KiJu Fit initiiert und durchgeführt. Themen dieser „Kita-Kinderärzte Austauschrunden“ wurden in die angepasste Fortbildungsreihe mit eingebaut. Ziel ist es auch hier, die Kita- und Kindertagespflegefachkräfte einerseits auf die sozialpädiatrischen Aspekte des gesunden Aufwachsens, insbesondere im Hinblick auf ein gemeinsames Gesundheitsverständnis, aufmerksam zu machen und andererseits ein gegenseitiges Kennenlernen und eine bessere Kommunikation zu ermöglichen. Durch diese Veranstaltung soll der Informationsaustausch zwischen ihnen, dem KJGD, der Gesundheitsaufsicht, dem Zahnärztlichen Dienst, dem Jugendamt und der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Evangelischen Waldkrankenhauses gefördert werden. Eine dritte Veranstaltung ist in Planung.

4.9.6 „Mutter – Baby- Sprachlernkurse“ als fester Bestandteil Früher Hilfen im Netzwerk Kinderschutz Berlin – das Beispiel im Bezirk Mitte

Aus der wissenschaftlichen Analyse zur Wirksamkeit des präventiven Kinderschutzes („Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence“, WHO 2006) ragen Hausbesuche durch speziell qualifiziertes Fachpersonal und Elternschulungen als eindeutig effektive Maßnahmen heraus. Es lag deshalb nahe, die nach Gemeinsamer AV Ges/Jug Kinderschutz seit April 2008 für den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD) verpflichtenden Ersthausbesuche bei Neugeborenen mit Fortbildungsangeboten der bezirklichen Volkshochschule (VHS) zu verknüpfen. Diese nimmt sich der besonderen Problemlage nicht Deutsch sprechender Mütter an, um deren Integration in Nachbarschaft und soziale Netze zu sichern und die frühe Teilhabe der Säuglinge an allen Angeboten der Jugendhilfe zu ermöglichen.

Die Sozialpädagoginnen des KJGD-Mitte treffen bei ihren Ersthausbesuchen in 45,8 % aller Fälle auf Familien mit Migrationshintergrund (Berliner Durchschnitt 26,5 %), im Prognoseraum Gesundbrunnen sogar in 58,3 % aller Hausbesuche (siehe: „Basisdaten zur Bevölkerung und sozialen Lage im Bezirk Berlin-Mitte“, Beiträge zur Gesundheitsförderung Band 18 vom Januar 2013). Der Anteil von Müttern ohne jegliche oder mit sehr geringen Deutschkenntnissen hat hierbei in den letzten vier Jahren deutlich zugenommen. Die bereits für Familien von der VHS etablierten Sprachförderkurse mit gleichzeitiger Kinderbetreuung erreichten bisher nur Familien mit Kindern im Vorschulalter; für Mütter mit Säuglingen und Kleinkindern zwischen 3 – 24 Lebensmonaten musste erst aus EU - Mitteln über die Programme der so genannten Elternakademie ein modulares Unterrichtsmodell entwickelt werden, das sich an der Lebenswelt junger Mütter mit einem Säugling im Haushalt orientiert (Stillen, Schreien, Pflege, Arztbesuch, Entwicklung, Spielen, Einkaufen).

Nach einem Probelauf 2011 mit 8 Müttern verschiedener Herkunft und deren Säuglingen in wöchentlichen Treffen über 2 Stunden in der Turnhalle des KJGD – Mitte unter Anleitung mehrsprachiger VHS – Dozentinnen bietet der Bezirk jetzt als Baustein der Frühen Hilfen diese **„Mutter-Baby-Sprachlerngruppen“** in 10 parallelen Kursen über jeweils 10 Termine in Räumen des Gesundheitsamtes, der VHS oder in wohnortnahen Familienzentren an. Die Kurse laufen auch 2015 unverändert fort und die Mittel der frühen Hilfen sehen weitere Kurse im selben Umfang für die folgenden Jahre vor. Die fortlaufend hohe Akzeptanz zeigt den tatsächlichen Bedarf für derartige Elternschulungen, die niedrigschwellig das Angebot des Ersthausbesuches des KJGD – Mitte fortsetzen und damit Mütter ohne Deutschkenntnisse aus ihrer sozialen Isolation herausholen. Dieses geschieht unabhängig von der jeweiligen Schulbildung der Mütter, Kursanmeldung und Umsetzung verlaufen unbürokratisch vermittelt durch die persönlich bekannte Mitarbeiterin des Gesundheitsamtes. Es entstehen soziale Kontakte in der Schulungsgruppe, das

Sprachlernen wird als imminent lebenspraktisch erfahren, weil es sich an den Bedürfnissen der Säuglinge orientiert. Zugleich wird wichtiges Wissen zur kindlichen Entwicklung vermittelt und es werden gemeinsam soziale Räume mit den Babys zusammen aufgesucht wie Stadtteilbibliotheken oder Lehrküchen.

Alle teilnehmenden Mütter erhalten nach Abschluss dieser ersten Maßnahme eine offizielle Bescheinigung der VHS – Mitte, die als hilfreiches Dokument zur Vorlage bei der Ausländerbehörde über erfolgreiche Integrationsbemühungen wahrgenommen wird und darüber hinaus vom Jobcenter als Baustein der Spracherwerbsbiographie anerkannt ist. Viele Mütter nehmen an weiteren Kursen teil, nachdem der Weg zur Bildungseinrichtung VHS einmal gebahnt wurde, einzelne haben sogar Ausbildungen begonnen z. B. zur Altenpflegehelferin. Dieser Einstieg in eine persönliche Bildungskarriere führt in jedem Fall zur Stärkung der Selbstwirksamkeit aller beteiligten Mütter.

Unseres Wissens ist diese Form der Frühen Hilfe im Säuglingsalter berlin- und bundesweit die erste Maßnahme, welche gezielt Gesundheitshilfe durch die Sozialpädagoginnen des KJGD, das Jugendamt als Koordinatorin der Frühen Hilfe im Bezirk und die Volkshochschule als Bildungseinrichtung zusammenführt. Die rege Nachfrage aus Mundpropaganda der Eltern und die positive Rückmeldung aus Fachkreisen bei der Vorstellung des Projektes 2014 beim Deutschen Jugendtag ermutigen den Bezirk Mitte, diese Verknüpfung von Hausbesuchen und Elternbildung dauerhaft ins Paket der bezirklichen Frühen Hilfen aus den Mitteln des Bundesministeriums für Familie aufzunehmen und eine Ausweitung auf Bezirke anzuregen, die ebenso über einen hohen Anteil an Müttern ohne hinreichende Deutschkenntnisse verfügen. Die VHS – Mitte ist jederzeit bereit, ihr entwickeltes Know-how bei der didaktischen Modulentwicklung und Dozentenschulung auf ganz Berlin zu erweitern.

4.9.7 Fallvorstellung des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes

In diesem Abschnitt ist ein Einzelfall beschrieben, der die Vernetzung der einzelnen Akteure sowie deren Tätigkeiten abbildet.

Durch eine Babylotsin eines Berliner Krankenhauses (siehe Abschnitt 4.10) erhielt der KJGD die folgende Information:

Frau Heine (Name geändert) (33 Jahre) wurde mit ihrem Neugeborenen in ihre Berliner Wohnung entlassen. Das Baby ist gesund und munter. Die Kindesmutter hat bereits ein Kind im Alter von 1,5 Jahren. Der Erstgeborene hat eine schwere Stoffwechselkrankheit. Die Babylotsin bittet um Kontaktaufnahme mit Frau Heine. Die Kindesmutter sei offen für Hilfen. Eine Haushaltshilfe sei bereits installiert - diese laufe aber in zwei Wochen aus.

Der KJGD vereinbart einen Hausbesuch mit der Kindesmutter. Die Familie ist gut situiert und wohnt in einer ausreichend großen Wohnung in Berlin. Großeltern gibt es nicht mehr/ bzw. wohnen weit weg. Der Kindesvater ist beruflich viel unterwegs. Die Familie hat eine schwierige Zeit hinter sich. Der Erstgeborene ist sehr viel krank und oft stationär im Krankenhaus. Das Kind kann aufgrund seines extrem schwachen Immunsystems die Kita nicht besuchen. Er benötigt noch sehr viel Hilfe, läuft noch nicht, spuckt viel und muss regelmäßig nachts essen. Beide Kinder werden nachts häufig wach. Es ist schwierig, den Bedürfnissen beider Kinder gerecht zu werden, da sowohl der Säugling, wie auch das kranke Kind sehr viel Aufmerksamkeit und Pflege benötigen. Die Kindesmutter ist zunehmend mit ihren Kräften am Ende und bittet dringend um Unterstützung. Die Mutter wünscht sich Begleitung bei den vielen Arztterminen und Entlastung im Alltag. Der KJGD erarbeitet gemeinsam mit der Mutter ein Konzept und nimmt mit Angeboten der frühen Hilfen sowie Trägern der Behindertenhilfe Kontakt auf (Starke Brücken, FUN, Welcome, Känguru, Der bunte Kreis, Menschenkind, Pflegestützpunkt).

Der Träger „Starke Brücken“ scheint die geeignete Unterstützung für die Mutter anbieten zu können. Der KJGD stellt den Kontakt zwischen Frau Heine und dem freien Träger der Jugendhilfe her. Nach dem ersten Kennenlernen kann die Hilfe nach nur einer Woche starten!

Während der Gespräche entwickelt sich zwischen der Mutter und der Mitarbeiterin des KJGD´s ein Vertrauensverhältnis. Es wird deutlich, dass die Geburt des ersten Kindes und die Zeit danach sehr belastend für die Familie waren, insbesondere für die Mutter. Der KJGD erkundigt sich und findet eine Psychotherapeutin im Bezirk, die u. a. auf traumatische Geburten spezialisiert ist und vermittelt diesen an die Kindesmutter.

Auch bei der Suche nach einer geeigneten Betreuungsform für die Kinder konnte der KJGD Frau Heine unterstützen. Es wurde der Kontakt zu einem Großelternprojekt hergestellt. So kann die Familie auch auf lange Sicht etwas entlastet werden. Da ein Kitabesuch aus ärztlicher Sicht noch nicht möglich ist, war die Idee eine Tagesmutter im Bezirk zu suchen. Diese sollte auch Kinder mit besonderem Förderbedarf betreuen. Da Betreuungsplätze zurzeit besonders rar sind, nahm der KJGD mit der Tagesbetreuungsstelle des Jugendamtes Kontakt auf und schilderte die Dringlichkeit einer Tagesbetreuung für die beiden Kinder. Die Mitarbeiterin des KJGD´s unterstützte die Mutter aktiv bei der Suche nach einer geeigneten Betreuungsform.

Zur Feststellung eines Integrations-Status wurde vom KJGD ein zeitnaher Termin vereinbart und der Kindesmutter mitgeteilt. Das Verfahren für den Kitagutschein/Antrag Kitaplatz wurde mit der Mutter besprochen. Der Antrag ausgedruckt und zur Mutter geschickt, bei Fragen zum Antrag wurde beraten.

Der KJGD wird die Familie bei Bedarf auch weiterhin begleiten und als Ansprechpartner dienen. Wie der Fall deutlich macht, fungiert der KJGD hier als Schnittstelle zwischen Familien und Angeboten/Behörden im Bezirk. Wir sind die erste Anlaufstelle für Familien in Not und können diese ein Stück auf ihrem Weg begleiten, um die Gesundheit und Förderung von Kindern und ihren Eltern zu erhalten und zu unterstützen. Ebenso wird bei dieser Fallvorstellung deutlich, dass der Hausbesuch des KJGD´s nicht nur beim Erstgeborenen Kind notwendig sein kann. Eine Überforderung oder Belastungssituation kann alle Familien treffen unabhängig von Status, Herkunft, Einkommen oder sozialem Umfeld. Die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes fungieren als Lotsen und Netzwerker und stehen der Verschiedenheit von Familiensituationen aufgeschlossen gegenüber, um das Beste für die Kinder im Einklang mit den Erziehungsberechtigten zu erreichen.

4.10 Das Projekt „Babylotse der Charité“

4.10.1 Hintergrund

Im ersten Lebensjahr sterben mehr Kinder infolge von Vernachlässigung und Misshandlung als in jedem späteren Alter. Laut Statistischem Bundesamt können mehr als ein Drittel aller tödlichen Verletzungen bei Säuglingen auf Gewalthandlungen zurückgeführt werden. Die Rate der tödlichen Verletzungen durch Gewalteinwirkung gegen Säuglinge ist in der Zeit zwischen 2001 und 2010 auf konstant hohem Niveau geblieben. 2013 wurden in Deutschland 153 Kinder tödlich misshandelt, 113 davon waren unter 6 Jahre alt (Polizeiliche Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes; Tsokos: zu den Grenzen eines effektiven Kinderschutzes, in: Berliner Ärzte, 10/2014).

Überlastung, fehlende familiäre Unterstützung, Depression und andere psychische Störungen der Eltern, Drogen- und insbesondere Alkoholkonsum und -abusus sowie fehlende oder ungenügende Eltern-Kind-Bindung können dem vorausgehen. Aber auch andere Faktoren wie Partnerschaftsprobleme, Arbeitslosigkeit, Überschuldung und allgemeine Schwierigkeiten bei der Integration sowie ein pflegeintensives Kind etc. können Eltern massiv und chronisch überfordern, so dass es zu Vernachlässigung und Misshand-

lung, ungenügender/unterlassener Aufsicht, Gedeihstörungen (z. B. Unterernährung/invasives Füttern), Schütteltrauma, andere Misshandlungen und emotionaler Vernachlässigung mit lebenslangen Folgen kommen kann. (Eigene Befunde s. Bericht an das NZFH 2015 noch nicht publiziert, Filsinger et al. 2008, Siefert 2006.)

Ein erfolgsversprechender Schutz für Kinder sollte daher zum frühest möglichen Zeitpunkt, idealer Weise bereits vor der Geburt oder bei der Entbindung in der Klinik beginnen. Zu diesem Zeitpunkt sind Familien besonders bereit, Rat und Hilfe anzunehmen, denn hier ist ein systematischer, nicht stigmatisierender Zugang möglich. Der hierbei hergestellte Kontakt wird im Laufe der ersten zwei Lebensjahre des Kindes von den Müttern/Eltern gern genutzt.

Eine Auswertung von neunzehn Hilfsprojekten in elf Bundesländern durch das Deutsche Jugendinstitut 2008 hat deutlich gemacht, dass nur ein solch systematischer und umfassender Zugang zu allen Familien, den primär das Gesundheitssystem ermöglicht, die Grundlage dafür bietet, Risiken zu einem frühen Zeitpunkt zu erkennen, um gezielt Hilfe zu leisten (www.fruehehilfen.de).

Trotz der Bemühungen seitens des Gesetzgebers (Bundeskinderschutzgesetz 2012 und Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz/KKG), des hohen Engagements des sozialen Hilfesystems (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD), Familienhebammen u. v. a. m.) und privater und caritativer Initiativen, zeigen die eingangs erwähnten Zahlen, dass es noch immer nicht ausreichend gelingt, jungen Familien rechtzeitig die notwendige Hilfe zukommen zu lassen und damit ein bestmögliches Aufwachsen der Kinder zu ermöglichen.

Berlin hat das Netzwerk Kinderschutz auf eine gesetzliche Grundlage gestellt. Alle Erst-Eltern werden nach der Geburt durch eine gut funktionierende Struktur, die von vielen Eltern sehr geschätzt wird, besucht. Allerdings kann es sein, dass außer bei bekannten Risiken, dieser erste Besuch erst einige Wochen bis Monate nach der Geburt stattfindet. Eine Überforderungssituation, auch bei bereits „erfahrenen“ Eltern setzt aber – unerkannt - oft schon zu Beginn ein, so dass Hausbesuche oder Aufforderungen zu den Routineuntersuchungen, wie sie im „Verbindlichen Einladungswesen“ vorgesehen sind, möglicher Weise (zu) spät kommen oder, wie bei „erfahrenen“ Eltern, gar nicht vorgesehen sind.

Zudem ist vielen Eltern das bestehende Angebot an Unterstützungen nicht bekannt oder die Hemmschwelle, Hilfe zu suchen und anzunehmen ist zu hoch (Soziale- oder Sprachbarrieren etc.).

Nicht zu unterschätzen ist auch der Anteil von Eltern, die ihre eigene Überlastungssituation viel zu spät oder gar nicht erkennen (z. B. bei postpartalen Depressionen etc.).

4.10.2 Die Arbeitsweise von „Babylotse der Charité“

Ansatzpunkt: Als niedrigschwellige zuverlässige Anlaufstelle schließt „Babylotse der Charité“ eine wichtige Lücke: Sorgen und Überforderung rund um Schwangerschaft und Geburt können rechtzeitig erkannt werden, Familien können durch qualifiziertes Fachpersonal (Sozialpädagoginnen) passgenau beraten und ggf. unterstützt und in das bereits bestehende Hilfesystem vermittelt werden. Das Angebot ist für die Eltern freiwillig und kostenlos.

Das **Projekt** „Babylotse der Charité“ bietet allen Familien, die dies wünschen und in den Kliniken für Geburtsmedizin der Charité Campus Virchow-Klinikum (CVK) und Campus Charité Mitte (CCM) ein Kind auf die Welt bringen, rund um die Geburt Rat und Hilfe an. In der geburtshilflichen Anamnese bei der Aufnahme werden besondere psychosoziale Belastungen berücksichtigt. Dies erfolgt, falls möglich, bereits im Rahmen der vorgeburtlichen Untersuchungen oder spätestens unmittelbar nach der Geburt.

Wie arbeiten wir? Basis ist zum einen die niedrigschwellige Einladung, aber auch eine systematische differenzierte Bewertung eventueller Probleme auf einem Anamnesebogen. Das sogenannte „Screening“ erfolgt durch Hebammen und/oder Ärztinnen bzw. Ärzte. Die „Babylotsinnen“ (Sozialpädagoginnen) werten die Bögen aus. Finden sie Hinweise auf mögliche Überforderungen führen die „Babylotsinnen“ ein ausführliches, persönliches Gespräch auf freiwilliger Basis (diagnostisches Interview), in dem gemeinsam mit den Müttern/Eltern Belastungen verifiziert und möglichen Ressourcen gegenüber gestellt werden.

Hier gehen auch Wahrnehmungen von für Familien erfahrener qualifiziertem Personal (Hebammen, Kinderkrankenschwestern und -pflegern, Ärztinnen und Ärzten) ein, auf die ein Gesprächsangebot für ein ausführliches diagnostisches Interview folgt.

Im Bedarfsfall wird den Eltern eine genau auf sie zugeschnittene individuelle Unterstützung und Begleitung vermittelt. Sie erhalten Adressen, Namen und Telefonnummern der Ansprechpartner im bereits bestehenden externen Hilfesystem (Frühe Hilfen, wie aufsuchende Elternberatung, Familienhebammen etc., KJGD) oder werden ggf. in die Charité-internen Hilfesysteme (Sozialdienst, Elternberatung, Psychosomatische Sprechstunde, Infektambulanz, Charité gegen Gewalt, Kinderschutzgruppe etc.) vermittelt. Durch diese Vermittlung sinken die erwähnten Hemmschwellen deutlich. Die bestehenden Hilfsstrukturen können effizient genutzt werden.

Darüber hinaus können alle Eltern auch ohne objektivierbare Belastungen die Babylotsenberatung in Anspruch nehmen.

Nach 3-4 Wochen sowie 3-4 Monaten wird, wie vorab mit den Müttern/Eltern vereinbart, von den Babylotsinnen telefonisch Kontakt zu den Müttern/Eltern, sowie zu der Einrichtung, in die vermittelt wurde, aufgenommen. Bei diesem „Monitoring“ soll geklärt werden, ob die Familie im Hilfesystem angekommen ist und ob die benannten Probleme gelöst worden sind. Im Zweifelsfall kann die Babylotsin weiteren Kontakt zu den Familien suchen.

Darüber hinaus kann die Familie aber auch von sich aus bei den Babylotsinnen anfragen, wenn sie weiteren Rat oder Adressen für Anlaufstellen zur Unterstützung benötigt.

Seit wann: mit dem Aufbau des Projekts wurde im April 2012 begonnen. Die Anschub-Finanzierung für das Praxisprojekt konnte für mehr als 2 Jahre über eine Stiftung gesichert werden (Stiftung LEO Berlin). Zwischenzeitlich wurde die Finanzierung dankenswerter Weise u. a. von der Stiftung „Ein Herz für Kinder“ und aktuell von der Stiftung der Deutschen Klassenlotterie Berlin mit getragen.

Erste Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung: Insgesamt gibt es eine hohe Rate an Beratungsbedarf bei vielen teilweise sehr belasteten Familien. (Das Forschungsprojekt, das vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen (NZFH) des Bundesministeriums für Familien, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) finanziert wurde, ist beendet, die Auswertungen laufen noch.)

Die Babylotsinnen erreichen derzeit >80 % aller etwa 5.000 Geburten/Jahr per Anamnese-Bogen. Knapp die Hälfte (46 %) aller Familien weist Belastungsfaktoren (positiver Score im Anamnesebogen) auf, denen in einem klärenden Gespräch nachgegangen wird. Von den belasteten Familien werden wiederum ca. 40 % in bestehende Hilfesysteme vermittelt (wie z. B. KJGD, Hebammen/Familienhebammen Haushaltshilfe, aufsuchende Elternhilfe, regionaler Sozialdienst, Beratung zur Kleinkindsprechstunde des sozialpädiatrischen Zentrums usw.).

Bei den im Erstgespräch als besonders belastet angesehenen Müttern/Familien gab es ca. 360 besonders schwere Situationen (15,6 %), so dass sie an den Sozialdienst weitergeleitet wurden. Ohne die Babylotsinnen wären diese deutlichen Risiko-Konstellationen vorerst unentdeckt und unversorgt geblieben.

Es zeigt sich auch, dass sich Eltern mit Babylotsenunterstützung im Vergleich mit einer Kontrollgruppe ohne solche bei der Untersuchung 1 Jahr nach der Geburt weniger belastet fühlen.

Das Projekt nach den ersten beiden Jahren: Inzwischen hat sich eine intensive und konstruktive Zusammenarbeit mit den Hilfesystemen, nicht nur in den Bezirken Mitte und Wedding sondern mit vielen anderen Berliner Bezirken entwickelt, wodurch sich auch in schwierigen Fällen schnelle und erfolgreiche Lösungswege eröffnen.

Das Projekt Babylotse wird auch von Familien in prekären Lebenslagen in hohem Maß akzeptiert, dabei ebnet „Babylotse“, falls notwendig, spürbar den Zugang für KJGD und Jugendamt der Bezirke als präventive Unterstützung.

Die Finanzierung des Projekts Babylotse an den Standorten: Campus Virchow-Klinikum (CVK) und Campus Charité Mitte (CCM) (5000 Geburten/Jahr): Zurzeit wird das Projekt finanziell hauptsächlich durch Spenden (Stiftungen) getragen.

Im Projekt arbeiten: 3 Babylotsinnen mit 35/35/10 Std/Wo, eine Oberärztin mit 5-10 Std/Wo als Leiterin sowie weitgehend ehrenamtlich eine pensionierte Ärztin und eine pensionierte Schulrätin in der Koordination, der Organisation, dem Qualitätsmanagement und der Unterstützung anderer Krankenhäuser beim Aufbau ähnlicher Projekte. Die Charité stellt Räume, technisches Umfeld, Büromaterialien, sächliche Verwaltungskosten und einige Stunden Arbeitszeit von Hebammen und Ärzten zur Verfügung, ist aber auf Grund fehlender Mittel nicht in der Lage, weitergehende finanzielle Unterstützung beizusteuern.

Weiterführende Informationen über: <http://babylotse.charite.de>.

4.11 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Kinder in den ersten Lebensjahren

4.11.1 Einleitung

Studien belegen: Die Mundgesundheit der Bevölkerung hat sich in den letzten 20 Jahren erheblich verbessert. Im internationalen Vergleich nimmt Deutschland bei der Mundgesundheit von Kindern und Jugendlichen einen Spitzenplatz ein. In der Breite der zahnmedizinischen Versorgung hat Deutschland insgesamt einen hohen Versorgungsgrad erreicht. Für diese Erfolgsgeschichte gibt es einen Grund: Konsequenter als in anderen Gesundheitsbereichen wird auf Prävention gesetzt.

Bereits heute gibt es bewährte Möglichkeiten, so genannten „Karieskarrieren“ frühestmöglich den Kampf anzusagen. So führt z. B. die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG Berlin), die 1990 vom Land Berlin, von der Zahnärztekammer Berlin sowie von den Landesverbänden der Krankenkassen gegründet wurde, in Kindergärten und Schulen zahnärztliche Untersuchungen sowie Unterweisungen und Übungen in der zahnmedizinischen Prophylaxe (Gruppenprophylaxe) durch. Der Zahnärztliche Dienst im Öffentlichen Gesundheitsdienst ist hier ebenfalls aktiv: die Teams des Öffentlichen Dienstes im Grund-, Sonder- und Oberschulbereich und gemeinsam mit den Honorarkräften der LAG im Bereich der Kindertagesstätten.

Mithilfe dieser **Vorsorgeuntersuchung** können Kinder mit erhöhtem Kariesrisiko schneller erkannt und Maßnahmen zur Intensivprophylaxe ergriffen werden. Sie richtet sich an alle Kinder, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Für Kinder zwischen dem 30. und 72. Lebensmonat (2 Jahre und 6 Monate [vollendet] bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) gibt es drei zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen (FU 1-3) – im Abstand von jeweils zwölf Monaten. Kinder ab dem 6. Lebensjahr haben Anspruch

auf eine lokale Fluoridierung (Individualprophylaxeleistung (IP) 4). Wird jedoch ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt, so kann die IP 4 bereits ab dem 30. Lebensmonat vorgenommen werden.

Die zahnmedizinischen Maßnahmen im Bereich der Gruppen-, Intensiv- und Individualprophylaxe werden regelmäßig durch epidemiologische Studien begleitet. Diese belegen eine positive Entwicklung der Mundgesundheit bei Kindern und Jugendlichen. Die Studien zeigen aber auch auf, welche Herausforderungen noch bestehen.

So zeichnet sich ein Versorgungsproblem bei Kleinkindern bis zum dritten Lebensjahr ab: die frühkindliche Karies an den Milchzähnen, in der wissenschaftlichen Literatur als „**Early Childhood Caries**“ (ECC) bezeichnet. Sozialepidemiologische Untersuchungen weisen darauf hin, dass die frühkindliche Karies in Deutschland von zunehmender Bedeutung ist. Diese früh auftretende, auch als Nuckelflaschenkaries (NFK) bezeichnete Erkrankung, ist im Unterschied zur Karies der bleibenden Zähne in den letzten Jahren nicht zurückgegangen. Danach kann derzeit von einer durchschnittlichen Prävalenz von 10 bis 15 % ausgegangen werden, die zwischen 5,2 und 20,3 % schwankt (Robke 2008, Splieth et al. 2009, Hippke und Zabel 2011). Weltweit liegt die Prävalenz zwischen 3 und 45 % (Borutta et al. 2010).

Weiter ist auch eine Polarisierung des Erkrankungsrisikos in Bevölkerungsschichten mit niedriger Bildung und niedrigem sozialen Status festzustellen. 2 % der Kinder vereinen 52 % des Kariesbefalls auf sich. Die Kinder mit Karies bekamen länger die Nuckelflasche verabreicht, die Eltern waren oft jünger als 20 Jahre und hatten einen signifikant niedrigeren Sozialstatus (Rojas et al. 2013). Darüber hinaus gibt es aber auch eine relevante Bevölkerungsgruppe in der sogenannten Mittelschicht, bei deren Kindern auf Grund fehlender Informationen über die Erkrankungsursachen die frühkindliche Karies gehäuft festzustellen ist (Robke, Buitkamp 2002).

Die **Ursachen für das Entstehen von ECC** sind verschieden. Ein wesentlicher Grund ist die Übertragung von kariogenen Keimen insbesondere von der Mutter auf das Kind. Permanente zucker- und säurehaltige Nahrung führt dann letztlich zu einer frühkindlichen Karies. Viele Kleinkinder nuckeln, oft auch in der Nacht, an einer Babyflasche; die oberen Schneidezähne werden so ständig von süßen Getränken umspült. Wenn zusätzlich die Eltern selbst keine ausreichende Zahn- und Mundhygiene bei ihrem Kind durchführen, sind Schmerzen und eine Behandlung, häufig unter Narkose, bis hin zum vorzeitigen Verlust der Milchzähne oder gar Schäden an den bleibenden Zähnen die Folgen. Nicht selten hat die ECC negativen Einfluss auf die kindliche Entwicklung und das Sozialverhalten. Sie ist für die betroffenen Kleinstkinder oft sehr schmerzhaft. Zudem beeinträchtigt der frühzeitige Verlust von Milchzähnen das Kau- und Sprechvermögen. Kinder mit sichtbar kariös zerstörten Zähnen werden oftmals sozial ausgegrenzt. Hinzu kommt, dass Kinder mit frühkindlicher Karies auch im bleibenden Gebiss häufiger Karies entwickeln. In den ersten drei Lebensjahren wird also bereits der Grundstein für ein (zahn-)gesundes Leben gelegt.

Gesunde Milchzähne haben aber nicht nur eine optisch ästhetische Funktion. Kieferformung, Zungenbildung und wie zuvor gesagt Sprechentwicklung sind maßgeblich abhängig von gesunden Zähnen. Kommt es zu frühzeitigem Zahnverlust der Frontzähne durch Karies, findet die Zunge beim Formen der einzelnen Buchstaben nicht mehr den natürlichen Stopp, die Kinder haben größere Probleme, die Buchstaben auszusprechen, fangen an zu lispeln und werden gleich zu Beginn der Sprachentwicklung zurückgeworfen. Schmerzhafte und kariöse Milchbackenzähne, die ihrer Funktion bei der Nahrungszerkleinerung nicht mehr gerecht werden, verursachen häufig Magen- und Verdauungsprobleme.

Vor diesem Hintergrund ist es unerlässlich, mit der zahnmedizinischen Versorgung so früh wie möglich zu beginnen. Die Zahnärztekammer Berlin und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Berlin (KZV Berlin) haben bereits vor Jahren reagiert und den **Berliner Kinderzahnpass** ins Leben gerufen. Seit Oktober 2009 ist der Berliner Kinderzahnpass fester Bestandteil des gelben ärztlichen Untersuchungsheftes, des so genannten „gelben U-Heftes“.

Damit nahm Berlin seinerzeit im Bundesgebiet eine Vorreiterrolle ein. Mittlerweile bieten auch andere Bundesländer wie z. B. Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt einen Kinderzahnpass in Kombination mit dem gelben U-Heft an.

Beim **Konzept** des Berliner Kinderzahnpasses haben sich die Beteiligten am Konzept des ärztlichen Vorsorgepasses orientiert. Der Berliner Kinderzahnpass beinhaltet sechs Vorsorgeuntersuchungen (UZ 1 bis UZ 6, vom 6. Lebensmonat bis zum 6. Lebensjahr). Jeder Kontrollbesuch wird im Berliner Kinderzahnpass ausgewiesen und abgestempelt. Die einfach gehaltene Terminübersicht macht es Eltern deutlich leichter, diese Termine zu erkennen und auch wahrzunehmen. Diese sechs Vorsorgeuntersuchungen sind für die Eltern kostenlos. Von Anfang an haben Eltern somit eine Übersicht über die anstehenden allgemeinärztlichen Untersuchungen ihres Kindes und über die empfohlenen Kontrolltermine für eine gesunde Entwicklung der Zähne und des Kiefers.

Unterstützt wird das Konzept von der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV Berlin). Sie gibt das gelbe U-Heft ergänzt um den Berliner Kinderzahnpass an die Kranken- und Geburtshäuser sowie an Kinderarztpraxen weiter, die das gelbe U-Heft direkt bei der KV Berlin anfordern. Zudem fordern auch einzelne Krankenhäuser und Gesundheitsdienste den Berliner Kinderzahnpass direkt bei der KZV Berlin an. Ziel ist es, dass alle Eltern für ihr neugeborenes Kind den Berliner Kinderzahnpass erhalten. Zusätzlich geben auch Zahnarztpraxen den Berliner Kinderzahnpass an jene Eltern weiter, die nach der Geburt ihres Kindes keinen bekommen haben. Eine flächendeckende Versorgung ist zwar noch nicht gänzlich erreicht, sie wird aber zunehmend verbessert.

Mithilfe des Berliner Kinderzahnpasses soll eine breitere und häufigere Nutzung der kostenlosen Kontrolltermine erreicht werden. Darüber hinaus sollen Eltern für eine verbesserte Mundhygiene und Ernährung sensibilisiert werden.

4.11.2 Tätigkeitsschwerpunkt Kinderzahnheilkunde

Die Kinderzahnheilkunde ist ein Teilgebiet der Zahnmedizin, das sich mit der präventiven und kurativen zahnärztlichen Betreuung des Kindes von der Geburt bis in die Pubertät befasst und dabei seine besonderen alters- und entwicklungsabhängigen Bedürfnisse berücksichtigt. Die **Kinderzahnheilkunde** beinhaltet neben der Gesundheitsförderung und der zahnmedizinischen Prävention die Erkennung, Behandlungsplanung und kindgerechte Behandlung von Entwicklungsstörungen, Verletzungen und Erkrankungen der Zahnhartsubstanzen, der Pulpa und des Zahnhalteapparates. Sie überwacht die Gebissentwicklung der Kinder und Jugendlichen, um so frühzeitig Normabweichungen erkennen und entsprechend behandeln zu können und sie bei Zahn- und Kieferfehlstellungen rechtzeitig einer kieferorthopädischen Behandlung zuführen zu können. Darüber hinaus leistet sie eine zahnärztliche Betreuung von Kindern und Jugendlichen, bei welchen z. B. aufgrund von eingeschränkter Kooperationsfähigkeit, physischer, sensorischer oder geistiger Behinderung eine besondere Behandlung und Therapie notwendig sind.

Seit entsprechender Änderung der Berufsordnung durch die Delegiertenversammlung der Zahnärztekammer Berlin am 26.11.1998 dürfen Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin den **Tätigkeitsschwerpunkt „Kinderzahnheilkunde“** führen. Voraussetzung für eine Registrierung mit diesem Tätigkeitsschwerpunkt durch die Zahnärztekammer Berlin ist eine mindestens zweijährige (praktische) Tätigkeit in diesem Fachbereich.

Die Zahlen der Zahnärztinnen und Zahnärzte mit dem Tätigkeitsschwerpunkt „Kinderzahnheilkunde“ bewegen sich auf insgesamt niedrigem Niveau, sind jedoch von Jahr zu Jahr kontinuierlich steigend. Die Zahnärztinnen und Zahnärzte reagieren damit auf die steigende Nachfrage von Patientenseite. Derzeit sind knapp 60 Zahnärztinnen und Zahnärzte mit diesem Schwerpunkt bei der Zahnärztekammer Berlin

registriert. Diese können in der Zahnarztsuche auf der Kammer-Website zaek-berlin.de gefiltert werden. Um der Internationalität der Berliner Bevölkerung gerecht zu werden, ist dort auch die Suche nach Zahnärztinnen und Zahnärzten möglich, die die Behandlung in einer oder mehreren von 37 möglichen Sprachen anbieten.

4.11.3 Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen im GKV-Leistungskatalog

Der Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen (BEMA) bildet die Grundlage für die Abrechnung vertragszahnärztlicher Leistungen innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland. Das Regelwerk wird im Bewertungsausschuss für vertragszahnärztliche Leistungen zwischen Vertretern des Spitzenverbandes Bund der gesetzlichen Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung (KZBV) vereinbart.

Der BEMA sieht **zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen** (FU) eines Kindes dreimal im festgelegten Zeitraum (Kinder vom 30. bis 72. Lebensmonat: 2 Jahre und 6 Monate [vollendet] bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) vor. Ausnahmen können beispielsweise bei verspäteten Zahndurchbruch oder langdauernde Erkrankung des Kindes, die einen Zahnarztbesuch nicht zuließ, sein. Zwischen zwei FU-Leistungen muss ein Mindestabstand von zwölf Monaten liegen.

Des Weiteren gibt es Leistungen zur **Individualprophylaxe**, hier speziell die IP4 (lokale Fluoridierung der Zähne). Sie dient der Zahnschmelzhärtung mit Lack, Gel oder Ähnlichem einschließlich der Beseitigung von weichen Zahnbelägen und der Trockenlegung der Zähne. Die IP4 kann in der Regel erst ab dem 6. Lebensjahr je Kalenderhalbjahr einmal abgerechnet werden - bei erhöhtem Kariesrisiko jedoch bereits ab dem 30. Lebensmonat. Gesetzliche Grundlage für die Individualprophylaxe bildet § 20 SGB V. Die Fluoridierung soll insbesondere den Kindern mit einem hohen Kariesrisiko helfen, ihre Mundgesundheit zu verbessern.

Im Übrigen kann für Kinder vor dem 30. Lebensmonat bisher nur die BEMA-Position 01 (Eingehende Untersuchung zur Feststellung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen einschließlich Beratung) abgerechnet werden. Sie gilt grundsätzlich bei jeder Patientin/jedem Patienten als erste Maßnahme in einem Behandlungsfall und ist immer in der 1. Sitzung anzustreben. Für den Fall, dass das Kind bei der Behandlung den Mund nicht öffnet, kann der Zahnarzt ein Beratungsgespräch abrechnen (Ä1 [Beratung] vor 01 [Untersuchung]).

Die BEMA-Position 01 für die Vorsorgeuntersuchung ist je Kalenderhalbjahr abrechenbar, frühestens jedoch nach Ablauf von vier Monaten.

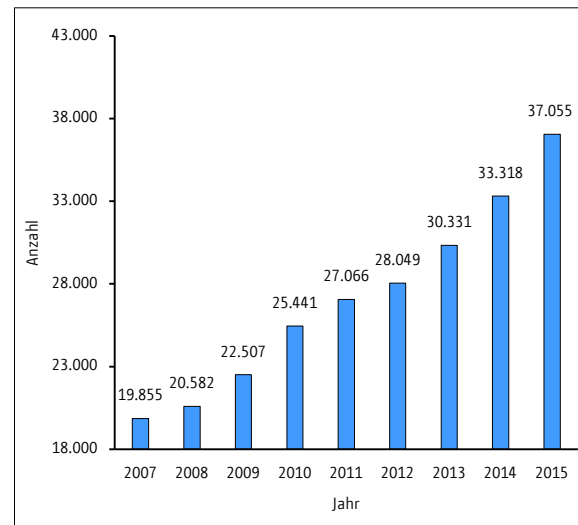
4.11.4 Inanspruchnahme zahnärztlicher Vorsorgeuntersuchungen 2007 bis 2015

Ziel der Zahnärzteschaft ist es, dass bei allen anspruchsberechtigten Kindern auch eine FU-Leistung erbracht wird. Betrachtet wurden die Jahre 2007 bis 2015 (vgl. Tabelle 4.9). In diesem Zeitraum ist in Berlin sowohl die Anzahl der anspruchsberechtigten Kinder als auch die Anzahl der **Inanspruchnahmen** der FU-Leistungen **gestiegen** (vgl. Tabelle 4.9 und Abbildung 4.10). Waren es im Jahr 2007 noch 19.855 Kinder, bei denen eine FU erbracht wurde, so waren es 2015 bereits mehr als 37.000 Kinder.

Dagegen schwankt die Anzahl der Kinder, die bei einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt waren (vgl. Abbildung 4.11), aber nur im Verhältnis zu den anspruchsberechtigten Kindern. Die Anzahl der behandelten Kinder selbst ist von 2007 bis 2015 um 41,2 % gestiegen. So wurden zum Beispiel 2008 von insgesamt

81.027 anspruchsberechtigten Kindern 42.940 Kinder auch tatsächlich von einer Zahnärztin bzw. von einem Zahnarzt behandelt (rund 53 %), von denen jedoch letztlich nur 20.582 Kinder auch eine FU-Leistung erhielten. Die übrigen Kinder wurden anderweitig behandelt. Ob ihre Eltern eine FU-Leistung für nicht erforderlich hielten oder diese aus anderen Gründen nicht erbracht wurde, kann letztlich im Einzelnen nur gemutmaßt werden. 2012 waren immerhin schon über 70 % der über 87.000 anspruchsberechtigten Kinder bei einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt, aber eine FU wurde nur bei rund 28.100 Kindern erbracht. 2015 erhielten von den behandelten Kindern 59 % eine FU-Leistung – der höchste Prozentsatz seit 2007 (vgl. Tabelle 4.9).

Abbildung 4.10:
Anzahl zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen (FU) für Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015



(Datenquelle: KZV Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 4.9:

Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) und Inanspruchnahme von zahnärztlichen Untersuchungen in Berlin 2007-2015

- Anzahl absolut, Inanspruchnahme in %

Berlin	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015**
anspruchsberechtigte GKV-Versicherte vom 30. - 72. Lebensmonat*	79.751	81.027	83.468	85.538	88.117	87.294	92.043	96.168	99.096
behandelte Patienten	44.227	42.940	45.778	48.424	51.497	62.310	58.147	60.164	62.445
Zahnarztbesuchsquote in %	55,5	53,0	54,9	56,6	58,4	71,4	63,2	62,6	63,0
Anzahl FU	19.855	20.582	22.507	25.441	27.066	28.049	30.331	33.318	37.055
Inanspruchnahme FU in %	24,9	25,4	27,0	29,7	30,7	32,1	33,0	34,7	37,4
Inanspruchnahme FU von behandelten Patienten in %	44,9	47,9	49,2	52,5	52,6	45,0	52,2	55,4	59,3
Anzahl IP 4	6.796	7.201	7.807	8.383	8.327	8.062	7.942	8.349	9.738
Inanspruchnahme IP4 in %	8,5	8,9	9,4	9,8	9,5	9,2	8,6	8,7	9,8
Inanspruchnahme IP4 von behandelten Patienten in %	15,4	16,8	17,1	17,3	16,2	12,9	13,7	13,9	15,6

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

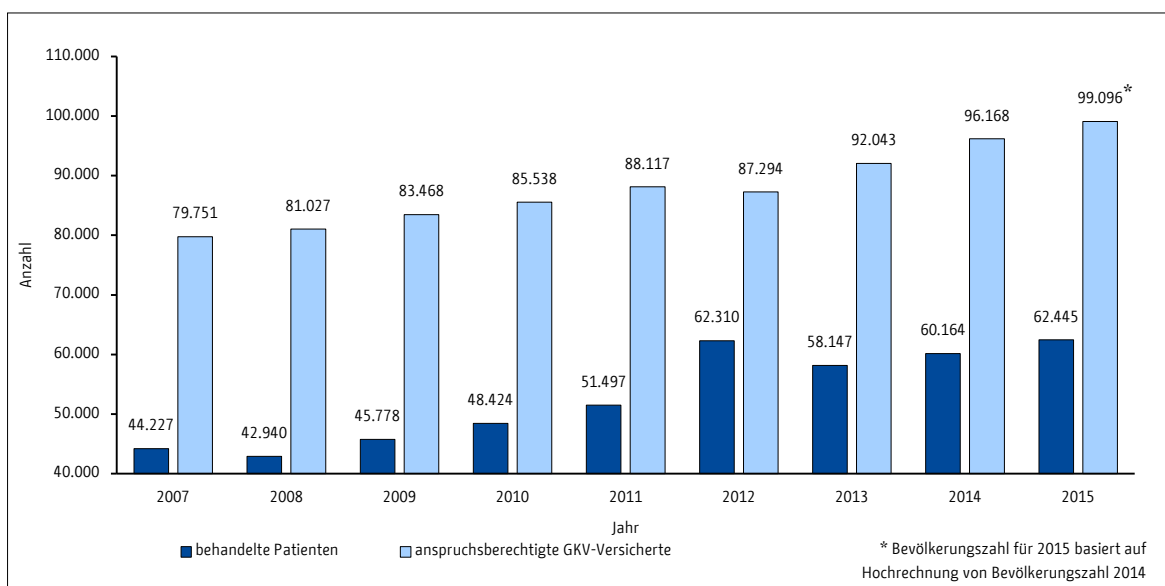
* Zur Ermittlung der Anzahl der gesetzlich versicherten Kinder vom 30.-72. Lebensmonat wird aus der Bevölkerungsstatistik und der KM6 Statistik ein prozentuales Verhältnis gebildet. Mit dem ermittelten Prozentsatz und der nach Geburtsjahren gegliederten Anzahl aus der Bevölkerungsstatistik ergibt sich die jeweilige geschätzte Versichertenanzahl.

** Bevölkerungszahlen aus 2015 liegen derzeit noch nicht vor; Bevölkerungszahl für 2015 basiert auf Hochrechnung von Bevölkerungszahl 2014.

Im gleichen Zeitraum wurde die Anzahl der Kinder betrachtet, bei denen eine IP4 erforderlich war (vgl. Abbildung 4.12). Während die Anzahl abgerechneter Fälle zwischen 2007 und 2014 schwankte, ist sie 2015 deutlich angestiegen. Dies resultiert mitunter auch aus der steigenden Anzahl der behandelten Kinder. 2007 wurde bei 6.796 Kindern eine IP4 erbracht; 2015 waren es 9.738 – dies entspricht einem Anstieg um 43,3 %. 2007 hatten, gemessen an der Anzahl der anspruchsberechtigten Kinder insgesamt (79.751), 8,5 % ein erhöhtes Kariesrisiko. 2015 lag der Prozentsatz bei 9,8. Gemessen an der Anzahl der Kinder, die von einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt behandelt wurden, ist die Zahl höher: 2007 wurde bei fast 15,4 % von 44.227 behandelten Kindern ein erhöhtes Kariesrisiko festgestellt, 2015 lag die Anzahl bei

Abbildung 4.11:

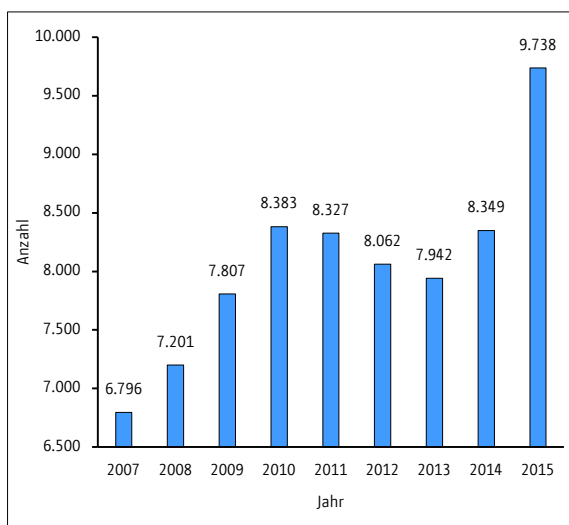
Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte und behandelte Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015



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

Abbildung 4.12:

Anzahl IP4 (Individualprophylaxe-lokale Fluoridierung der Zähne) bei Kindern (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015



(Datenquelle: KZV Berlin / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

15,6 %. Somit wurde 2015 bei fast jedem 6. Kind, das in Berlin von einer Zahnärztin bzw. einem Zahnarzt behandelt wurde, ein erhöhtes Kariesrisiko diagnostiziert.

Im Ergebnis: Die Mundgesundheit der Kinder und Jugendlichen in Berlin zeigt eine positive Entwicklung. Das spiegelt auch der Bericht zur „Mundgesundheit Berliner Kinder und Jugendlicher im Schuljahr 2011/2012“ wider. Von dem Mundgesundheitsziel der Zahnärzteschaft (Bundeszahnärztekammer – Mundgesundheitsziele), den Anteil der kariesfreien Gebisse bei den 6-Jährigen deutschlandweit auf 80 Prozent zu steigern, ist man in Berlin laut Bericht mit einem derzeitigen Anteil von 50 % noch weit entfernt. Auch der Anteil der Kinder mit einem behandlungsbedürftigen Gebiss ist mit 16 % bei den 3-Jährigen, mit 35 %

bei den 6-Jährigen und mit 20 % in der Altersgruppe der 12-Jährigen noch sehr hoch. Die Zahnärztlichen Dienste (ZÄD) untersuchten im Schuljahr 2012/2013 mehr als 190.000 Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus führte die Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V. (LAG) bei weiteren fast 15.000 Kindern Vorsorgeuntersuchungen in vorwiegend kleineren Kindertagesstätten durch.

4.11.5 Kernaussagen und Fazit

Zahnärztliche Vorsorgeuntersuchungen sind im GKV-Leistungskatalog erst ab dem 30. Lebensmonat berücksichtigt.

Für Kinder vor dem 30. Lebensmonat können Zahnärztinnen und Zahnärzte lediglich eine eingehende Untersuchung durchführen, wie sie in der 1. Sitzung bei jeder Patientin bzw. jedem Patienten anzustreben ist. Auf eine FU-Leistung besteht kein gesetzlicher Anspruch.

Der erste Zahn kommt in der Regel mit dem 6. Lebensmonat. Somit besteht bis zum gesetzlichen Anspruch ab dem 30. Lebensmonat eine Versorgungslücke.

Ziel muss es sein, dass bei allen anspruchsberechtigten Kindern mit deren Eltern auch eine FU-Leistung vorgenommen wird.

Die zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen müssen bereits mit dem ersten Zahn beginnen. Diesbezüglich muss der GKV-Leistungskatalog erweitert werden. Frühe Kariesprophylaxe ist eine gemeinsame Aufgabe für Eltern, Erzieherinnen und Erzieher, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Kinderärztinnen und Kinderärzte sowie für gesundheitspolitische Entscheider und für die Krankenkassen. Mit der frühestmöglichen zahnmedizinischen Betreuung kann die Mundgesundheit von Kleinkindern verbessert werden, auch wenn sie in Familien aus sozialen Risikogruppen leben. Dieser frühpräventive Ansatz unterstützt sozial Benachteiligte und fördert so die gesundheitliche Chancengleichheit.

4.11.6 Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“

Die Zahnärzteschaft hat hierfür mit ihrem Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ bereits konkrete Vorschläge gemacht. Entscheidend ist, dass das Kleinkind der Zahnärztin bzw. dem Zahnarzt mit Durchbruch des ersten Zahnes in der Praxis vorgestellt wird. Die Mitarbeit der Eltern ist hierbei unverzichtbar. Sie nehmen eine Schlüsselrolle bei der Zahngesundheit ihrer Kinder ein. Das **Versorgungskonzept** beschreibt darüber hinaus die Tätigkeiten der Zahnärztin und des Zahnarztes bei den Früherkennungsuntersuchungen. Sie umfassen vor allem gesundheitserzieherische und präventive sowie in geringem Umfang kurative Maßnahmen. Beispielhaft seien genannt:

- Mundgesundheitscheck insbesondere auf Plaque, Gingivitis und kariöse Initialläsionen,
- Elternarbeit: Aufklärung der Eltern über Hygienemaßnahmen, Einübung der Zahnputztechnik, Ernährungsberatung,
- Fluoridanamnese, allgemeine Fluoridempfehlungen und ggf. lokale Fluoridierung initialer Kariesläsionen mit Lack,
- Zahnsanierung bei Bedarf.

Zudem empfiehlt die Zahnärzteschaft in ihrem Konzept, dass ein verbindlicher Hinweis auf eine zahnärztliche FU ab dem 6. Lebensmonat im ärztlichen Kinder-Untersuchungsheft aufgenommen werden sollte, das vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) vorgegeben wird. Der erste zahnärztliche Termin nach der Geburt sollte bereits beim Durchbruch der ersten Milchzähne stattfinden. Analog zu den kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen sind FU-Leistungen zur Vermeidung der ECC an drei Terminen, beginnend zwischen dem 6. und 9. Lebensmonat (FU1), zu empfehlen. Eine besonders intensive Betreuung sollte zwischen dem 12. und 30. Lebensmonat erfolgen, da in diesem Zeitraum die Etablierung von Ernährungs- und Mundhygienegewohnheiten sowie der individuellen oralen Flora stattfindet. Das kritische Alter liegt also zwischen dem 1. und 4. Lebensjahr.

Das Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ liegt bereits dem G-BA zur Beratung vor. Ziel ist es, die im Konzept vorgestellten Handlungsempfehlungen als feste GKV-Leistung zu etablieren.

4.11.7 Vorsorgeprogramme der Krankenkassen auf Landesebene

Freiwillige Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und der KZV Berlin sowie anderen KZVen im Bundesgebiet zeigen, dass der frühpräventive Ansatz der richtige Weg ist. Die Lebensphase zwischen 0 und 3 Jahren bis zum Durchbruch des voll entwickelten Milchzahngebisses ist prägend und von hoher Bedeutung für das weitere Kariesrisiko im Milch- und bleibendem Gebiss. Daher setzen die zahnmedi-

zinischen Präventionsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen ab dem 30. Lebensmonat zu spät ein. Aus diesem Grund hat die KZV Berlin bereits mit mehreren gesetzlichen Krankenkassen Zusatzvereinbarungen zur Prävention frühkindlicher Karies abgeschlossen: mit der AOK Nordost, der Barmer GEK, mit den Innungskrankenkassen und mit der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) (vgl. Abbildung 4.13). Diese Angebote sehen zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen bereits vor dem 30. Lebensmonat vor und erweitern den Vorsorgeansatz damit erheblich. Die Lücke in der vertragszahnärztlichen Versorgung kann auf diese Weise geschlossen werden.

Das Vorsorgeprogramm der AOK Nordost

Das Vorsorgeprogramm „Junge Zähne“, das gemeinsam mit der AOK Nordost im Herbst 2013 an den Start ging, war das erste seiner Art in Berlin. Berliner Eltern können für ihre AOK-versicherten Kinder im Alter von 18 Monaten bis sechs Jahre vier zusätzliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen in Anspruch nehmen. Kosten entstehen den Eltern durch die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht. Von dieser Vereinbarung können fast 40.000 Berliner Kinder, die bei der AOK Nordost versichert sind, profitieren. Bis Ende 2014 hatten 767 Kinder die ersten zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen, allein 2015 waren es 754 Kinder. Bei rund 15 % wurde dabei im Jahr 2015 ein hohes Kariesrisiko festgestellt. Hier konnten sofort Maßnahmen ergriffen und einer weiteren Verschlechterung entgegengewirkt werden – zum Beispiel mit einer zusätzlichen Fluoridierung (IP4), die seit 01.01.2014 in diesem Programm abgerechnet werden kann.

Das Vorsorgeprogramm der Barmer GEK

Das Vorsorgeprogramm der Barmer GEK ist im Januar 2014 in Kraft getreten. Kosten entstehen den Eltern durch die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht. Geregelt ist die zahnmedizinische Prävention für Kleinkinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat, die bei der Barmer GEK versichert sind. Kernpunkte der Vereinbarung sind zwei Früherkennungsuntersuchungen, bei denen unter anderem das Kariesrisiko der Mädchen und Jungen eingeschätzt wird. Von dieser Vereinbarung könnten jährlich rund 7.000 Berliner Kinder, die bei der Barmer GEK versichert sind profitieren. Bis Ende 2014 haben 374 Kinder die ersten zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen wahrgenommen, allein 2015 waren es 368 Kinder. Bei rund 3 % wurde dabei im Jahr 2015 ein hohes Kariesrisiko festgestellt. Für sie sind zusätzlich lokale therapeutische Fluoridierungen möglich. Somit ist auch hier die IP4 in diesem Programm abrechenbar.

Das Vorsorgeprogramm der IKK Berlin Brandenburg

Das Vorsorgeprogramm der Innungskrankenkassen ist erst im November 2014 in Kraft getreten. Kosten entstehen den Eltern durch die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht. Geregelt ist die zahnmedizinische Prävention für Kleinkinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat, die bei einer Innungskrankenkasse versichert sind. Kernpunkte der Vereinbarung sind zwei Früherkennungsuntersuchungen, bei denen unter anderem das Kariesrisiko der Mädchen und Jungen eingeschätzt wird. Für Kinder, bei denen während der Früherkennungsuntersuchungen eine Kariesvorstufe entdeckt wird, sind zusätzlich lokale therapeutische Fluoridierungen möglich. Somit ist auch hier die IP4 in diesem Programm abrechenbar. Von dieser Vereinbarung profitieren jährlich rund 3.000 Berliner Kinder. Bis Ende 2014 haben vierzehn Kinder diese Leistungen in Anspruch genommen und im Jahr 2015 waren es schon 53 Kinder.

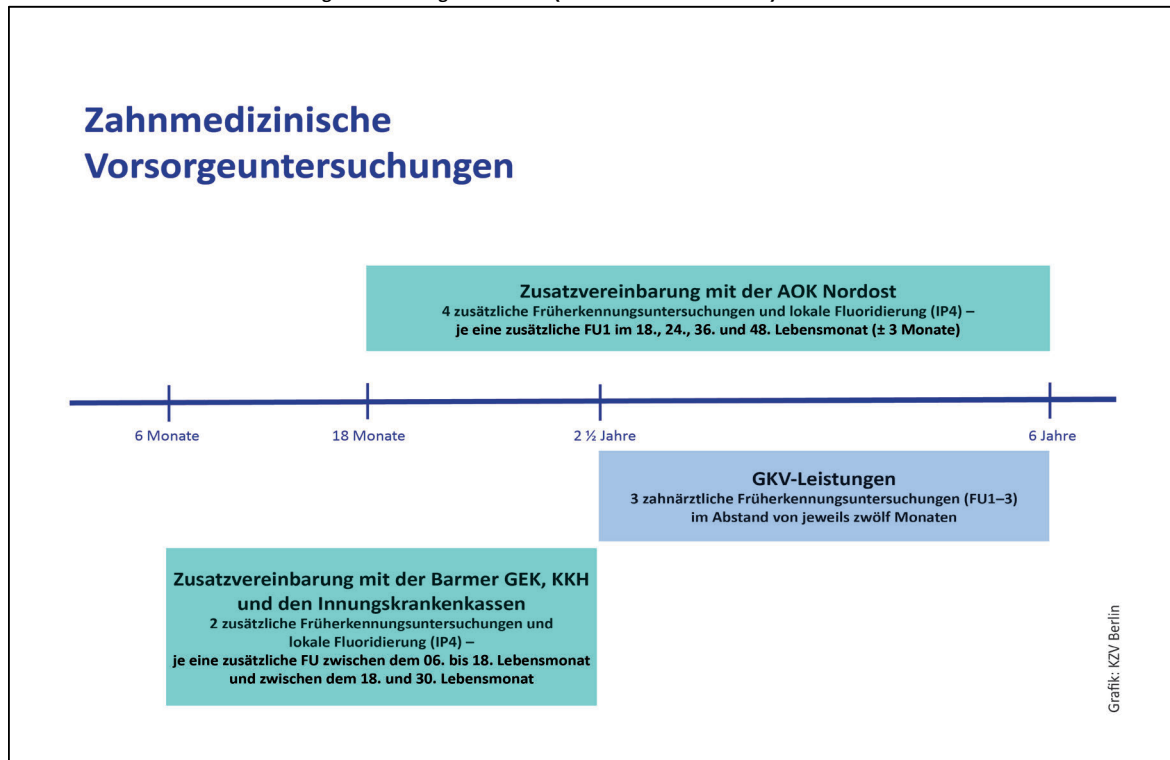
Das Vorsorgeprogramm der KKH

Das Vorsorgeprogramm der KKH ist im Oktober 2015 in Kraft getreten. Kosten entstehen den Eltern durch die zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen nicht. Geregelt ist die zahnmedizinische Prävention für Kleinkinder zwischen dem 6. und 30. Lebensmonat, die bei der KKH versichert sind. Kernpunkte der Vereinbarung sind zwei Früherkennungsuntersuchungen, bei denen unter anderem das Kariesrisiko

der Mädchen und Jungen eingeschätzt wird. Bis Ende 2015 haben 22 Kinder diese Leistungen in Anspruch genommen. Die IP4 ist ebenfalls in diesem Programm abrechenbar.

Abbildung: 4.13

Übersicht über zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat)



(Quelle: KZV Berlin)

4.11.8 Reformbedarf im GKV-Leistungskatalog – Welche Leistungen sollten aufgenommen werden?

Zahnmedizinische Präventionsleistungen sind in der gesetzlichen Krankenversicherung erst ab dem 30. Lebensmonat vorgesehen. Die Entwicklung der ECC zeigt, dass dieser Zeitpunkt zu spät ist. Die **präventive Betreuung der unter 3-Jährigen** allein durch die Kinderärztin bzw. den Kinderarzt reicht nicht aus. Erklärtes Ziel der Zahnärzteschaft ist es deshalb, Kinder ab dem ersten Zahn systematisch zahnärztlich zu betreuen und so die Karies so früh wie möglich zu bekämpfen. Konkret fordert die Zahnärzteschaft: Für Kinder ab dem 6. Lebensmonat soll der GKV-Leistungskatalog um drei Früherkennungsuntersuchungen erweitert werden:

- Die erste zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung (FU1) ist zwischen dem 6. bis 9. Lebensmonat vorgesehen.
- Zur zweiten Früherkennungsuntersuchung (FU2) sollte das Kind zwischen dem 10. bis 20. Lebensmonat dem Zahnarzt vorgestellt werden.
- Die dritte Früherkennungsuntersuchung (FU3) sollte ab dem 21. Lebensmonat stattfinden.

Unverzichtbar dabei ist, diese Untersuchungen analog zu den kinderärztlichen Vorsorgeterminen (U5 bis U7) im gelben Kinder-Untersuchungsheft zu verankern – mit einer verbindlichen Verweisung von der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt an die Zahnärztin bzw. den Zahnarzt. Durch diese Vernetzung soll eine größtmögliche Anzahl an Kindern erreicht werden.

Der GKV-Spitzenverband hat eine ablehnende Haltung zum Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“. Er befürwortet, dass sich Zahn- und Kinderärzte stärker als bisher vernetzen, damit jeder vom anderen

weiß, was er tut und Synergien genutzt werden können. Dennoch sieht er bislang keinen Handlungsbedarf, weitere Untersuchungen in den GKV-Leistungskatalog aufzunehmen. Gerade weil Karies bei kleinen Kindern kein durchgängiges Problem sei, sondern nur bei bestimmten Elterngruppen auftrete, sollten die klassischen Früherkennungsuntersuchungen U1 bis U9 bei der Kinderärztin bzw. dem Kinderarzt bleiben.

Die Zahnärzteschaft sieht dies anders: Niemand will den Kinderärztinnen bzw. Kinderärzten die U-Untersuchungen streitig machen. Der GKV-Spitzenverband übersieht aber, dass hier eine zahnärztliche Leistung zusätzlich nötig ist, die in den GKV-Leistungskatalog aufgenommen werden muss. Daher führt(e) die Zahnärzteschaft auch weiterhin intensive Gespräche. Wertvolle Unterstützung erfährt die Berliner Zahnärzteschaft von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales Berlin.

Im Juni 2014 haben dann die Gesundheits- und Sozialminister/-senatoren der Länder mit ihrem einstimmig verabschiedeten Beschluss „Zahnmedizinische Früherkennung bei Kindern“ der 87. Gesundheitsministerkonferenz (GMK) Einigkeit demonstriert: Deutlich ausbauen wollen die Länder die zahnmedizinische Früherkennung bei Kleinkindern. Die derzeitigen Untersuchungen erst ab dem 30. Lebensmonat seien deutlich zu spät. Zahnärztliche Früherkennungsuntersuchungen sollten mit den Kinderuntersuchungen U6 (10. bis 12. Lebensmonat) und U7 (21. bis 24. Lebensmonat) vernetzt und in das gelbe Kinder-Untersuchungsheft aufgenommen werden.

4.11.9 Zusammenarbeit Kinderärztinnen/Kinderärzte – (Kinder-)Zahnärztinnen/(Kinder-)Zahnärzte

Die Kinderärztinnen und Kinderärzte können bereits während der U-Untersuchungen Auffälligkeiten feststellen und mit dafür sorgen, dass die Kinder schnell den Weg in die Zahnarztpraxis finden. Zu diesem Thema führt die KZV Berlin nicht nur mit der Berliner Politik intensive Gespräche, sondern auch mit den Kinderärztinnen und Kinderärzten. Ein erster Schritt auf diesem Weg waren drei Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Kinderzahnheilkunde für Zahnärztinnen und Zahnärzte sowie Kinderärztinnen und Kinderärzte, gemeinsam veranstaltet vom Berufsverband Kinder- und Jugendärzte e.V. und der KZV Berlin.

Mit Blick auf den Verlauf der Kariesentwicklung bei den verschiedenen Altersgruppen macht Professor Dr. Christian H. Splieth, Leiter der Abteilung für Kinderzahnheilkunde an der Universität Greifswald, deutlich, dass das Problem in der Prävention liegt. Studien zeigen, dass weniger Kariesreduktionen im Milchgebiss existent sind, wenn Pädiater die Kariesprävention verantworten (26 %). Sind Zahnärztinnen und Zahnärzte zuständig (Gruppen- und Individualprophylaxe), ist eine doppelte Kariessenkung zu verzeichnen (54 %).

Vor allem beim Thema **Fluoridierung** gehen die Meinungen auseinander – speziell in Bezug auf fluoridhaltige Zahnpasten. Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) weicht in ihren Leitlinien und Empfehlungen zu Fluoridierungsmaßnahmen zur Kariesprophylaxe von denen der Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (DGZMK) ab.

Pädiatrische Empfehlungen

Die DGKJ spricht sich dafür aus, fluoridhaltige Zahnpasten ab einem Alter einzusetzen, in dem das Kind Zahnpasta nach dem Zähneputzen regelmäßig ausspucken kann (in der Regel ab dem fünften Lebensjahr). Die DGKJ formuliert in diesem Zusammenhang, dass Zahnpasta ein kosmetisches Mittel sei, das zahlreiche nicht für den Verzehr zugelassene Inhaltsstoffe enthalte und nicht regelmäßig geschluckt werden sollte.

Zahnärztliche Empfehlungen

Die DGZMK empfiehlt in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen internationalen zahnmedizinischen Fachgesellschaften die Anwendung einer geringen Menge fluoridhaltiger Kinderzahnpaste (500 ppm F) zur Zahnpflege ab Durchbruch der ersten Milchzähne einmal am Tag. Ab dem Alter von zwei Jahren sollte zweimal täglich mit einer geringen Menge (ungefähr 5 mm langer Zahnpastastrang = erbsengroße Menge) fluoridhaltiger Kinderzahnpaste geputzt werden. Nach Durchbruch der ersten bleibenden Zähne sollte zweimal täglich eine Erwachsenenzahnpaste verwendet werden.

Nach Splieth hat eine Umfrage ergeben, dass nur 40 % der Pädiater zu Fluorid-Zahnpaste raten, während aber tatsächlich 80 % der Eltern eine solche verwenden. Daneben appelliert Splieth aber an die Eltern, dass ihre Unterstützung beim Zähneputzen – und zwar mindestens bis zur 1. Schulklasse – essenziell bei der Kariesprävention ist. Wichtig sind ihm die Aufklärung der Eltern und die damit zu verbindende Anleitung.

Des Weiteren wollen die Zahnärztinnen und Zahnärzte den Kinderärztinnen und Kinderärzten nicht die Rachitis- und Kariesprophylaxe in Abrede stellen. Entscheidend ist aber die Kombination beider Präparate. Die jahrelang von Zahn- und Kinderärzten angeratenen Kombinationspräparate mit Vitamin D und Fluor wie D-Fluoretten, Fluor-Vigantolekten können aufgrund aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht mehr empfohlen werden, sondern nur noch die lokal verabreichten Fluoride (z. B. Fluorid-Zahnpaste). Der systemische Ansatz zeigt nur beim bleibenden Gebiss seine Wirkung, nicht aber bei den Milchzähnen. Während sich die Zahnärzte mehrheitlich (>80 %) an die Empfehlungen der DGZMK halten, sind dagegen die Kinderärzte geteilter Meinung. Wünschenswert wäre daher eine einheitliche Empfehlung aller Fachgesellschaften, die die Bedürfnisse der Zielgruppen und die veränderten gesellschaftlichen und ökonomischen Bedingungen berücksichtigt.

Erklärtes Ziel: Die Vernetzung zwischen den Kinder- und Zahnärzten muss verbessert werden.

4.11.10 Wichtige Etappenziele auf Bundesebene

Die Zahnärzteschaft hat bereits wichtige Etappenziele auf Bundesebene erreicht, um die zuvor genannten Forderungen festzuschreiben.

Beratungsanträge im G-BA

Maßnahmen zur Bekämpfung frühkindlicher Karies sollen künftig auch im GKV-Leistungskatalog festgeschrieben werden. Für dieses **versorgungspolitische Ziel** hat die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) Ende April 2015 zwei entsprechende Anträge in den G-BA eingebracht, die vom Plenum des G-BA zur weiteren Beratung angenommen wurden. Das wichtigste Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung kann damit nach Abschluss der Beratungen formal entscheiden, ob Früherkennungsuntersuchungen auf Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen für Kinder bereits ab dem 6. Lebensmonat sowie Maßnahmen zur Schmelzhärtung ab dem 12. Lebensmonat bei Vorliegen einer Kariesläsion künftig von allen gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden müssen.

Die Beratungsanträge im G-BA sind ein weiterer Impuls für die umfassende Umsetzung der im Konzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ aufgezeigten Empfehlungen.

Die in den Anträgen beschriebenen Methoden werden zunächst durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) bewertet. Durch den G-BA soll dann im Anschluss ein formaler Rechtsrahmen geschaffen werden, der die zahnärztliche Vorsorge für Säuglinge und Kleinkinder zu Lasten der GKV ermöglicht.

Präventionsgesetz

Kurz bevor der Deutsche Bundestag das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – Prävg) Mitte Juni 2015 verabschiedet hat, gab es noch wesentliche Änderungen – auch für den zahnärztlichen Bereich. So wurde der Änderungsantrag 11 der Fraktionen von CDU/CSU und SPD zum Gesetzesentwurf bezüglich einer Neuregelung im § 26 Satz 5 SGB V angenommen. Dieser verpflichtet den G-BA, „das Nähere zur **Ausgestaltung der zahnärztlichen Früherkennungsuntersuchungen (FU)** zur Vermeidung frühkindlicher Karies zu regeln.“ Damit sollen über die bisherige FU-Richtlinie hinaus, die die erste zahnärztliche FU erst im dritten Lebensjahr vorsieht, schon deutlich früher Untersuchungen eingeführt werden, um eine Reduktion frühkindlicher Karies herbeizuführen. Auch eine stärkere Vernetzung von Kinder- und Zahnärzten soll erreicht werden.

Neufassung ärztlicher Kinder-Richtlinien

Ende September 2015 hat das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Auflagen einen wichtigen Beschluss des G-BA zur Neufassung der ärztlichen Kinder-Richtlinien genehmigt. Damit wurde ein wichtiges Etappenziel erreicht, in den Richtlinien künftig vom 6. bis zum 64. Lebensmonat insgesamt sechs Verweise vom Kinderarzt (Pädiater) zum Zahnarzt zu verankern. Diese enge Verbindung bestehender zahnärztlicher und ärztlicher Prävention ist ein wichtiger Schritt vor der **Einführung weiterer zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen (FU) vor dem 30. Lebensmonat**, mit deren Regelung der Gesetzgeber den G-BA bereits beauftragt hat.

In den ärztlichen Kinder-Richtlinien sollen damit im Einzelnen künftig folgende Verweise zu zahnärztlichen Untersuchungen enthalten sein:

- im Zeitraum der U5 (6.–7. Lebensmonat) zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut,
- im Zeitraum der U6 (10.–12. Lebensmonat) zur Abklärung von Auffälligkeiten an Zähnen und Schleimhaut,
- im Zeitraum der U7 (21.–24. Lebensmonat) zur Abklärung von Auffälligkeiten im Kieferwachstum und an Zähnen und Schleimhaut,
- im Zeitraum der U7a (34.–36. Lebensmonat) zur zahnärztlichen FU,
- im Zeitraum der U8 (46.–48. Lebensmonat) zur zahnärztlichen FU,
- im Zeitraum der U9 (60.–64. Lebensmonat) zur zahnärztlichen FU.

Bevor die Regelungen in der Versorgung wirksam werden, muss der G-BA diese noch im „Gelben Kinderuntersuchungsheft“ umsetzen, in dem die Kindervorsorgeuntersuchungen U1 bis U9 dokumentiert werden.

Eine der Kernforderungen aus dem zahnärztlichen Versorgungskonzept „Frühkindliche Karies vermeiden“ nach einer besseren Zusammenarbeit von Kinder- und Zahnärzten fand damit rechtsverbindlich Eingang in die entsprechenden Richtlinien.

4.12 Der Zahnärztliche Dienst in Berlin

4.12.1 Early Childhood Caries (ECC) – Eine Übersicht

Die frühkindliche Karies oder auch **Early childhood caries (ECC)** ist derzeit ein viel beschriebenes Thema. Ziel dieses Artikels ist es einen kurzen Überblick über die Geschichte und aktuelle Entwicklung der ECC zu geben.

Eine **erste Erwähnung** der frühkindlichen Karies fand bereits durch Jacobi im Jahr 1862 statt. Beltrami sprach 70 Jahre später vom Phänomen der schwarzen Kinderzähne als Zeichen der frühkindlichen Karies („Les dent noires des tout-petits“). Eine neue Bezeichnung für die früh auftretende Karies fand der Kinderarzt Elias Fass 1962. Er sprach erstmals vom „Nursing bottle mouth“ und lenkte damit das Augenmerk auf die Entstehung der Karies durch Nuckelflaschen. Eine unwesentliche Veränderung in der Betitelung nahmen Derkson und Ponti vor. Sie sprachen vom „Nursing bottle syndrome“. In der deutschsprachigen Literatur wurden ebenfalls verschiedene **Begrifflichkeiten** für die früh auftretende Karies verwendet. Wetzel fand die Bezeichnungen „Zuckertee-Karies“, „Nuckelflaschenkaries“ und „Babyflaschenkaries“. Insgesamt existieren in der Literatur weitere unterschiedliche Begriffe die versuchen die Genese der Karies zu fassen. So spricht Broderick von „Baby bottle tooth decay“, Eronant und Eden von „Rampant caries“, Alaluusua von „Nursing bottle dental caries“ und das National Health Institute von „Rampant infant caries“ und „Early childhood dental decay“.

Fast alle der genannten Bezeichnungen implizieren, dass der Abusus der Nuckelflasche die alleinige Ursache für die (rasante) Kariesentstehung ist. Daher befassten sich im Jahr 1994 die Centers for Disease Control and Prevention mit der frühkindlichen Karies. In Ihrer Stellungnahme wird die Begrifflichkeit „Early Childhood Caries“ geprägt und dadurch der multifaktoriellen Genese Rechnung getragen. 1997 wurde eine Conference on ECC in Bethesda, Maryland abgehalten, um die vielen unterschiedlichen Beschreibungen desselben Phänomens zu ordnen. In einem der dabei entstanden Arbeitskreise einigte man sich ebenfalls auf die Bezeichnung ECC. Eine weitergehende **Beschreibung** und Unterteilung erfolgte 1999 durch das National Institute of Dental and Craniofacial Research (NICDR). Es gab die Empfehlung ab, in ECC und sECC (severe) zu unterscheiden. sECC beschreibt die besonders schwere Form der frühkindlichen Karies unter Beteiligung von Glattflächen (vgl. Tabelle 4.10).

Tabelle 4.10:
Beschreibung von ECC und sECC durch das NICDR

Alter (Monate)	ECC	sECC
<12	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr dmf Glattflächen
12-23	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr dmf Glattflächen
24-35	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr dmf Glattflächen
36-47	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr kavitierte, gefüllte oder extrahierte (durch Karies) Glattflächen der oberen Schneidezähne ODER dmfs \geq 4
48-59	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr kavitierte, gefüllte oder extrahierte (durch Karies) Glattflächen der oberen Schneidezähne ODER dmfs \geq 5
60-71	1 oder mehr dmf-Flächen	1 oder mehr kavitierte, gefüllte oder extrahierte (durch Karies) Glattflächen der oberen Schneidezähne ODER dmfs \geq 6

(Datenquelle: ZÄD Spandau L. Müller / Darstellung: ZÄD Spandau L. Müller)

Wyne befasste sich ebenfalls 1999 mit dem Thema ECC. Seine – heute häufig zitierte - **Nomenklatur** umfasste drei Typen, die sich in ihrer Schwere und Lokalisation unterscheiden. Während bei Typ I lediglich vereinzelte, leichte bis mittelgradige kariöse Läsionen an Milchmolaren und/oder Schneidezähnen auftreten, sind bei Typ II schwere kariöse Läsionen insbesondere an den Oberkiefer Schneidezähnen zu finden. Typ III umfasst die Fälle, bei denen die Schneidezähne des Ober- und Unterkiefers betroffen sind (vgl. Tabelle 4.11).

Von dieser Nomenklatur abweichend definiert die American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) ECC und S-ECC. ECC beschreibt jeglichen dmf-Befund aufgrund von Karies bis zu einem Alter von 71 Monaten. S-ECC wird beschrieben als jegliche Glattflächenkaries bei Kindern von 0-3 Jahre. Im Alter zwischen 3 und 5 wird S-ECC beschrieben als jeglicher Glattflächenkariesbefall an den Oberkieferfrontzähnen oder einem dmf-Befund \geq 4 (Alter 3 Jahre), \geq 5 (Alter 4 Jahre) oder \geq 6 (Alter 5 Jahre). S-ECC wird auch als „atypisch“, „progressiv“ oder „akut“ bezeichnet. Diese Nomenklatur deckt sich mit der des NICDR.

Die Arbeitsgruppe um Splieth bezieht sich auf die Nomenklatur nach Wyne, nimmt allerdings eine „Korrektur“ vor. Sie definieren den Wyne-ECC-Typ I als „normale“ Karies die hauptsächlich Molarenfissuren betrifft. Die Typen II und III sehen sie ebenfalls als frühkindliche Karies entsprechend der Nomenklatur nach Wyne.

Tabelle 4.11:
Nomenklatur nach Wyne

ECC Typ	Befund
I	Vereinzelte kariöse Läsionen an Milchmolaren und/oder Milchschneidezähnen Ursache: kariogene feste oder halb feste Nahrung bei unzureichender Mundhygiene Betroffene Kinder: meist im Alter zwischen zwei und fünf Jahren
II	Kariöse Läsionen an den Milchschneidezähnen im Oberkiefer (abhängig vom Alter mit oder ohne Molaren-/Eckzahnkaries) Schneidezähne im Unterkiefer sind kariesfrei Ursache: verlängerte Trinkzufuhr aus Saugerflaschen von kariogenen Getränken, extrem ausgeprägtes Stillen ("at-will-breast-feeding") oder das Stillen über den Zeitraum von einem Jahr hinaus. Betroffene Kinder: bald nach Durchbruch der ersten Milchzähne
III	Kariöse Läsionen an (fast) allen Milchzähnen; auch die unteren Schneidezähne sind betroffen Ursache: insgesamt kariogene Ernährung und unzureichende Mundhygiene Betroffene Kinder: meist im Alter zwischen drei und fünf Jahren

(Datenquelle: ZÄD Spandau L. Müller / Darstellung: ZÄD Spandau L. Müller)

Borutta zitiert in ihrer Veröffentlichung von 2010 eine weitere Definition der ECC. Diese orientiert sich an der AAPD, unterscheidet jedoch nicht zwischen ECC und S-ECC. Jede kariöse Läsion egal an welchem Zahn, egal an welcher Fläche innerhalb der ersten 3 Lebensjahre ist eine Form der „Early Childhood Caries“.

Es ist also aus der Datenlage ersichtlich, dass die Begrifflichkeit „Frühkindliche Karies“ bzw. „Early Childhood Caries“ keinesfalls einheitlich definiert ist. Nichtsdestotrotz ist sie – zuletzt durch das Konzeptpapier der Bundeszahnärztekammer – derzeit zu Recht in aller Munde.

Denn die frühe Zerstörung des Milchgebisses stellt ein massives Problem für die Entwicklung und den Durchbruch der bleibenden Dentition, des Kiefer-

wachstums, der Sprache und nicht zuletzt der Lebensqualität dar. Die **Entstehung** von ECC ist das Resultat aus dem Zusammenspiel verschiedener ätiologischer Faktoren und kann entgegen früherer Bezeichnungen nicht alleine auf den Flaschenabusus zurückgeführt werden. Die Ernährung, das Verhalten und die Genetik sind nach Navia (1994) die ursächlichen Hauptfaktoren. Harris und Douglas (2004 und 2001) definieren dezidiert: die kariogenen Mikroorganismen, die fermentierbaren Kohlenhydrate, die anfälligen Zähne und die Zeit sind die wesentlichen Faktoren bei der Entstehung der frühkindlichen Karies. Diese multifaktorielle Entstehung ist nahezu deckungsgleich mit dem Entstehungsmodell der Karies nach König von 1987. Splieth und Robke und Buitkamp (2009 und 2002) wiesen darauf hin, dass neben den biologischen und verhaltensrelevanten Faktoren auch eine soziale und demographische Komponente die frühkindliche Karies beeinflusst.

Es ist zu konstatieren, dass alle Faktoren die Entstehung beeinflussen, die häufige Zuckerzufuhr insbesondere aus der Nuckelflasche allerdings der entscheidende Faktor ist. Dieser führt zu einer raschen Progression der Karies und es werden dadurch Zähne kariös befallen, die normalerweise ein eher geringes Kariesrisiko aufweisen.

Die frühkindliche Karies ist neben der Tatsache, dass Kinder im Alter von 0-5 Jahre nur eingeschränkt zielgerichtet oder zukunftsorientiert handeln, deswegen so problematisch, weil sie besonders rasant fortschreitet. Eine mikrobielle Besiedelung durch Kariesbakterien und häufiger Zuckerkonsum treffen auf ein noch unreifes Abwehrsystem und eine Zahnoberfläche die besonders anfällig für Säureangriffe ist. Die Eruptionsfolge der Milchzähne spiegelt sich dabei im auftretenden Kariesmuster wieder.

Im Rahmen der zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchung in den Bezirken beobachten wir, dass die frühkindliche Karies ein sehr **reales Problem** ist. Gerade in den lebensweltlich orientierten Räumen (LOR) mit schwacher Sozialstruktur stellt sie ein erhebliches Problem dar. In Gesprächen mit den Erzieherinnen bzw. Erziehern und Leiterinnen bzw. Leitern der Kindertagesstätten, sowie den Eltern, erfahren wir im-

mer wieder, dass die fehlende Kenntnis über (gesunde) Ernährung und das fehlende Verständnis für die Entstehung von Karies ein Hauptproblem darstellen. Dies ist ein wichtiger Ansatzpunkt für eine zukünftige Strategie zur Vermeidung frühkindlicher Zahnschäden.

Die **Aufklärung** der Eltern über Ernährung und Mundhygiene muss hierbei im Fokus stehen. Eine Aufklärung kann und muss von verschiedenen Seiten erfolgen und regelmäßig wiederholt werden, um eine Implementierung in den Alltag zu gewährleisten. Zu den Personenkreisen die aufklärend tätig sein müssen, zählen neben den Zahnärztlichen Diensten der Bezirke auch die Kinderärzte und Kinderärztinnen, Hebammen, niedergelassenen Zahnärzte und Zahnärztinnen, Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des KJGD und Erzieherinnen und Erzieher.

Durch die **Ersthausbesuche** der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes Spandau werden derzeit bereits rund 70 % aller Eltern erreicht. Bei diesen Ersthausbesuchen wird auch auf das Thema Mundhygiene und Ernährung eingegangen. Den Eltern wird der Berliner Kinderzahnpass vorgestellt und auf die Zahnärztlichen Frühuntersuchungen hingewiesen. Dieser Besuch findet ca. 6 Monate nach der Geburt statt. Dies ist aus zwei Gründen ein günstiger Zeitpunkt: Erstens sind die ersten Monate in der neuen Lebenssituation absolviert und zweitens bricht in der Regel nach 6 Monaten auch der erste Milchzahn durch. So kann bereits beim Durchtritt in die Mundhöhle auf die Pflege des ersten Milchzahns hingewiesen werden. Denn gerade für die frühkindliche Karies gilt, dass negative Gewohnheiten (z. B. zuckerhaltige Getränke in der Trinkflasche) gar nicht erst erlernt werden dürfen. Es steht hier also der präventive Effekt klar im Vordergrund.

In Spandau wird durch das Gesundheitsamt und das Netzwerk Prävention und Gesundheitsförderung (Kiju Fit) (siehe Abschnitt 4.9.5) derzeit auch eine **Fortbildungsreihe** für alle Kitas des Bezirks durchgeführt. Neben Vorträgen zu Impfungen, Hygiene und Infekten halten wir als ZÄD auch einen Vortrag mit dem Titel „Gesund beginnt im Mund – Möglichkeiten zur Verbesserung der Zahngesundheit“. In diesem Vortrag gehen wir auf Mundhygiene, Ernährung, Angebote zur Prävention, den Kinderzahnpass und vieles mehr ein. Ein wichtiger Punkt ist auch die aktive Auseinandersetzung mit den Kitas in puncto Zähneputzen als tägliches unerlässliches Ritual.

Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass egal wie das Auftreten von Karies im frühen Kindesalter betitelt wird, die Entstehung durch viele verschiedene Faktoren aus unterschiedlichen Bereichen des Lebens beeinflusst wird. Der zunehmende Fokus auf die „Frühkindliche Karies“ und die Konzepte zur Vermeidung sind wichtige Schritte für eine rückläufige Entwicklung in der Zukunft. Präventive Maßnahmen sowie eine Aufklärung aller an der Erziehung beteiligter Personen sind dabei die entscheidenden Faktoren. Die präventiven Maßnahmen werden durch einige Krankenkassen und die Möglichkeit zur Abrechnung von Vorsorgeuntersuchungen innerhalb der ersten 30 Monate schon zunehmend unterstützt. Eine dezidierte Aufklärung muss in den Bereichen Mundhygiene, Ernährung, vorbeugende Maßnahmen und Sinn und Zweck regelmäßiger Zahnarztbesuche ab dem ersten Zahn erfolgen.

Blickt man auf weitere mögliche Konzepte ist eine enge Zusammenarbeit aller Zahnärzte und Zahnärztinnen (Niedergelassene und Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD)), der Bundeszahnärztekammer (BZAeK), der Krankenkassen, der Schulen, der Kindergärten und optimaler Weise auch der Lebensmittelindustrie sinnvoll.

Der komplette Artikel zur ECC wurde veröffentlicht in: <http://www.dentista-club.de/downloads/pdf/3795/hier-koennen-sie-die-dentista-3--14-herunterladen.pdf> S. 28-29.

4.12.2 Projekt „Mitte beißt sich durch“

Nach einer detaillierten Analyse der Zahngesundheit der Schulanfänger sowie Schulanfängerinnen des Bezirkes Berlin Mitte im Jahre 2007 durch Verknüpfung der Daten der Zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen des Zahnärztlichen Dienstes (ZÄD) mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes (KJGD) wurde eine zielgerichtete Planung von bezirklichen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im zahnärztlichen Bereich vorgenommen.

Mit dem Projekt „Mitte beißt sich durch“ wird seit 2007 aktiv versucht, einen besseren Zugang zu den Risikogruppen der unter 3-Jährigen zu bekommen. Im Rahmen des Projektes werden bei den **Ersthausbesuchen** in den Familien neugeborener Kinder durch die Sozialpädagoginnen und -pädagogen des KJGD, die in einer eintägigen Fortbildung durch den ZÄD geschult wurden, jährlich ca. 3.000 **Zahnputzbeutel** verteilt. Darin enthalten sind eine Babyzahnbürste, eine Zahncremetube und eine Infobroschüre zum Zähneputzen ab dem 1. Zahn. Der ZÄD wird immer als Ansprechpartner in Fragen der Mundgesundheit für die Eltern genannt. Es gibt zusätzlich Informationsmaterial in Form eines Flyers vom Verein für Zahnhygiene. Zukünftig soll eine kurz gefasste Broschüre mit dem ZÄD als direkter Ansprechpartner ausgegeben werden.

In Familien mit neugeborenen Kindern kann gerade zu diesem Zeitpunkt eine erhöhte Sensitivität für das Thema Mundhygiene entwickelt werden, da in dieser Phase den Eltern das Wohlergehen des Kindes am wichtigsten ist.

Dieses seit 8 Jahren laufende Projekt hat eine hohe Akzeptanz bei den Eltern. Die Resonanz von den Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen des KJGD ist groß. Es heißt, dass die Eltern die Aufklärung gerne annehmen. Es gibt vereinzelt Rückfragen von den Eltern.

4.12.3 Baby-Eltern-Beratungsprogramm und Zahnputzschule

Aufsuchende Elternberatung zur Zeit des ersten Zahndurchbruches

Die Vermeidung frühkindlicher Karies hat in den letzten Jahren einen besonderen Stellenwert erhalten (siehe Abschnitt 4.12.1). Bedingt wird ECC durch Wissensdefizite bei den Eltern und sozial schwierige Lebenslagen. Frühe Aufklärung und Sensibilisierung durch aufsuchende Prophylaxe stellen eine geeignete Intervention dar.

Zu diesem Zweck erhalten alle Familien im Bezirk Charlottenburg-Wilmersdorf sechs Monate nach der Geburt ihres Kindes einen **erläuternden Brief** vom Zahnärztlichen Dienst und einen **Gutschein für eine entsprechende Beratung**. Nach Rückmeldung im Zahnärztlichen Dienst wird mit der Familie ein Termin vereinbart.

Eine speziell fortgebildete Mitarbeiterin des Zahnärztlichen Dienstes besucht die Eltern im **häuslichen Umfeld**, erklärt die vielfältigen Maßnahmen zum Erhalt der Zahn- und Mundgesundheit des Kindes, gibt lebenspraktische Tipps und übt mit den Eltern praktisch das Zähneputzen bei ihrem Kind.

Zahnputzschule in der Kita – aufsuchende Elterninstruktion

Nur saubere Zähne können gesund bleiben und saubere Zähne können bei Kindern bis zum 8. Geburtstag nur die Eltern durch ihr Putzen sicherstellen. Um Eltern in die Lage zu versetzen, diese Aufgabe erfolgreich auszuführen, gehen Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes Charlottenburg-Wilmersdorf nach vorbereitenden Absprachen mit dem Erzieherinnen und Erziehern an Nachmittagen in die Kita und üben **mit den Eltern das Zähneputzen** am eigenen Kind.

Unabdingbar ist die präzise Vorarbeit mit der Kita. In jeder Gruppe gibt es einen angekündigten Aushang und eine Erzieherin bzw. ein Erzieher übernimmt das Ansprechen der Eltern und das Sicherstellen ihres Eintragens in die Terminliste. Am Tag der Zahnputzschule leitet diese Person die Eltern mit ihrem Kind zum Ort des Geschehens und macht sie mit den Mitarbeiterinnen des Zahnärztlichen Dienstes bekannt.

4.12.4 Vorsorgeuntersuchungen von unter 1-Jährigen und Beratung von Eltern

Auch bei Kindern, die das erste Lebensjahr noch nicht vollendet haben, ist eine zahnärztliche Vorsorgeuntersuchung durch Zahnärztinnen und Zahnärzte des Gesundheitsamtes in der Kindertageseinrichtung sinnvoll. Der Zahndurchbruch folgt bei den meisten Kindern einer festen Reihenfolge. Im Alter zwischen dem 6. und dem 12. Lebensmonat eruptieren die vier unteren und die vier oberen Schneidezähne des Milchgebisses. Die oberen Schneidezähne sind bei frühkindlicher Karies am häufigsten von Zerstörung der Zahnschubstanz betroffen. Karies kann vorgebeugt, das Fortschreiten verhindert werden. Der Zahnärztliche Dienst des Gesundheitsamtes Treptow-Köpenick konnte in den letzten vier Untersuchungszeiträumen (August-Juli) 2011/12 bis 2014/15 die **Untersuchungszahlen** und den Grad der Inanspruchnahme deutlich gegenüber den Vorjahren erhöhen. Wurden in den Vorjahren nur ein bis zwei Kinder dieser Altersgruppe pro Untersuchungszeitraum erreicht, waren es im Schuljahr 2012/13 bereits 44 unter einjährige Kinder. Der Grad der Inanspruchnahme (Anteil der Untersuchten an den Kitakindern der Altersgruppe) stieg seit 2011/12 von 15 auf 50 % in 2013/14. Für 2014/15 liegt er derzeit bei 37,5 %. Die meisten Kinder wurden in Kindertagesstätten erreicht, wenige in Kindertagespflegestellen. Dass der Grad der Inanspruchnahme nicht höher ist, kann mit Fehlen am Untersuchungstag, fehlende Unterstützung durch die Erzieherinnen und Erzieher in den Kitas und durch Untersuchungsweigerung des Kindes erklärt werden. Bereits in diesem frühen Alter wurden zwei Kinder mit je vier oberen kariösen Schneidezähnen (mit Kavität) registriert. Keines der weiteren untersuchten Kinder wies Anzeichen von beginnender Karies (Kreideflecken/Demineralisationen) auf.

In den kommenden Untersuchungszeiträumen werden weitere Anstrengungen unternommen, um vor allem die Erzieherinnen und Erzieher zu ermuntern, auch die unter einjährigen Kinder in der Kita vorzustellen.

Eine weitere Möglichkeit, die Gruppe der unter Einjährigen mit ihren Eltern zu erreichen, ist das Aufsuchen von **Krabbelgruppen in Familienzentren**. Bei unserem ersten Besuch konnte wegen Untersuchungsverweigerung kein unter einjähriges Kind untersucht werden, es wurden jedoch interessierte Mütter und Väter angetroffen. Diese erhielten Beratungen z. B. zur Verwendung von Fluorid sowie Informationen zur Reihenfolge des Zahndurchbruchs und zum Zähneputzen ab dem ersten Zahn. Anhand von Puppen wurde eine Zahnputztechnik mit Anheben der Oberlippe und unter Schonung des mittleren oberen Lippenbändchens erklärt. Die Eltern erhielten neben Babyzahnbürsten ebenfalls Flyer zur Milchzahngesundheit und bei Bedarf den Berliner Kinderzahnpass. Auch Informationen und Anschauungsmaterialien zur Benutzung von Nuckeln gehörten zum **Präventionsgespräch**. Auf viele aufgeschlossene Eltern trifft man in der Arena während der Berliner Messe „Babywelt“. Auch hier erhielten die Eltern umfangreiche Informationen und Beratungen zur Milchzahngesundheit.

Eine weitere Zusammenarbeit im Rahmen „Milchzahngesundheit von Anfang an“ und „Frühe Hilfen“ entwickelte sich in den letzten Jahren mit dem Kinder- und Jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Treptow-Köpenick und mit der Netzwerkgruppe Adlershof in der das Jugendamt, Träger von Kita und andere Träger der Familienarbeit vertreten sind. Die Kollegen und Kolleginnen wurden über die Tätigkeitsschwerpunkte des Zahnärztlichen Dienstes für die Jüngsten, über den Berliner Kinderzahnpass und Kinderzahnärzte informiert. Die Ersthäusbesuche bei bedürftigen Familien werden mit Informations- und Prophylaxematerial unterstützt.

5 Leistungsausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung bei Schwangerschaft, Entbindung und Mutterschaft

Den **gesetzlichen Rahmen** für den Anspruch auf Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft bilden die §§ 24 c bis 24 i Sozialgesetzbuch V (SGB V). Danach haben gesetzlich Versicherte einen Anspruch auf:

1. Ärztliche Betreuung und Hebammenhilfe,
2. Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,
3. Entbindung,
4. Häusliche Pflege,
5. Haushaltshilfe,
6. Mutterschaftsgeld.

Diese Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung müssen grundsätzlich dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, d. h. sie müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen dabei das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Welche Leistungen konkret durch die gesetzliche Krankenversicherung erstattet werden, wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) in Form von Mutterschafts-Richtlinien festgelegt. Der G-BA ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärztinnen und Ärzten, Zahnärztinnen und Zahnärzten, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäusern und Krankenkassen in Deutschland. Die Mutterschafts-Richtlinien sind für die Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte verbindlich. Zu den in den **Mutterschafts-Richtlinien geregelten Leistungen** gehören u. a.:

- Untersuchungen/Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft,
- Erkennung und besondere Überwachung der Risikoschwangerschaften und Risikogeburten,
- Serologische Untersuchungen und Maßnahmen während der Schwangerschaft u. a. Untersuchung auf HIV und Schwangerschaftsdiabetes,
- Blutgruppenserologische Untersuchungen und Anti-D-Immunglobulin-Prophylaxe,
- Untersuchungen und Beratungen der Wöchnerinnen,
- Medikamentöse Maßnahmen und Verordnung von Verband- und Heilmitteln,
- Aufzeichnungen und Bescheinigungen.

Weitere Leistungen, die nicht in den Mutterschafts-Richtlinien enthalten sind und somit nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, gelten als individuelle Gesundheitsleistungen. Die für diese Leistungen entstehenden Kosten müssen durch die Versicherte selbst getragen werden.

Die Kosten, die sich für die Leistungserbringer aufgrund der in den Mutterschafts-Richtlinien enthaltenen und zu gewährenden Leistungen ergeben, werden gegenüber der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet. Die sich daraus ergebenden **Leistungsausgaben** in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin beliefen sich im Jahr 2012 auf 43,94 Mio. Euro. Damit erhöhten sich die Ausgaben im Vergleich zum Jahr 2011 um 2,35 Mio. Euro. Auch in den Jahren zuvor war bereits eine stetige Steigerung der Leistungsausgaben zu verzeichnen.

Dies lässt sich möglicherweise zum einen mit dem Anstieg der Geburtenzahlen in Berlin erklären. Zum anderen sind durch den G-BA in den letzten Jahren fortlaufend neue Leistungen, wie bspw. der Test auf Rötelnantikörper, die Beratung über die Impfung gegen saisonale Influenza, ein Screening auf Gestationsdiabetes sowie der Anspruch auf drei Basis-Ultraschalluntersuchungen, in die Mutterschafts-Richtlinien aufgenommen worden.

So sind beispielsweise seit 2011 zur Umsetzung der Schutzimpfungs-Richtlinie der Test auf Rötelnantikörper sowie die Beratung über die Impfung gegen saisonale Influenza als Leistungen in den Mutterschafts-Richtlinien enthalten. Im Jahr 2012 wurde durch den G-BA die Einführung eines Screenings auf Gestationsdiabetes beschlossen. Dieser Test auf Schwangerschaftsdiabetes soll dafür sorgen, dass schnellstmöglich die Erhöhung der Blutzuckerwerte erkannt wird, um beispielsweise durch Umstellung der Ernährung ein Risiko für bestimmte seltene Geburtskomplikationen zu minimieren. Zudem wurde im Jahr 2013 als Leistungserweiterung der Anspruch auf 3 Basis-Ultraschalluntersuchungen während der Schwangerschaft beschlossen. Mit Hilfe dieser Ultraschalluntersuchungen soll festgestellt werden, ob die Schwangerschaft normal verläuft und ob sich das Kind normal entwickelt. Zusätzlich zu dem Anspruch auf diese Leistungen haben die Versicherten mit Hilfe der von dem G-BA erstellten Merkblätter die Möglichkeit, sich umfangreich über die Leistungen, den Ablauf, den Zweck und über mögliche Risiken zu informieren.

Aufgrund dieser fortwährenden Leistungserweiterung für die gesetzlich Versicherten ist ein Anstieg der Ausgaben für Schwangerschaft/Mutterschaft in ganz Deutschland zu verzeichnen. Hierzu ist den Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, herausgegeben durch den GKV-Spitzenverband mit Stand Dezember 2014, zu entnehmen, dass sich im Jahr 2013 die Ausgaben für Schwangerschaft/Mutterschaft auf 1,16 Mrd. Euro beliefen. Im Jahr 2008 waren es noch 0,95 Mrd. Euro. Dies ergibt einen Ausgabenzuwachs von 0,21 Mrd. Euro innerhalb von 5 Jahren. Aufgrund der durch den G-BA regelmäßig erfolgenden Überprüfung der Mutterschafts-Richtlinien hinsichtlich bestehender Aktualisierungserfordernisse ist eine Senkung dieser Ausgaben nicht zu erwarten, zumal diese Leistungen der angemessenen Gesundheitsversorgung der Schwangeren und Mutter sowie des Kindes dienen.

6 Berufe und Ausbildung

6.1 Hebammen und Entbindungspfleger

6.1.1 Allgemeines – Ausbildung und Berufsrecht

Die Ausbildung der Hebammen und Entbindungspfleger wird auf der Grundlage von Artikel 74 Abs. 1 Nr. 19 GG durch ein bundeseinheitliches Berufsgesetz sowie eine Ausbildungs- und Prüfungsverordnung geregelt. Zudem wurden im Rahmen der gegenseitigen Anerkennung der Ausbildungen die EU-Richtlinien 2005/36/EG erlassen, welche innerhalb der EU als Maßstab für die Ausbildung gelten.

Sie findet an staatlich anerkannten Hebammenschulen bzw. Gesundheitsfachschulen statt. Es gibt rund 58 **Hebammenschulen** in Deutschland, davon drei in Berlin. Die Ausbildung dauert 3 Jahre und umfasst mindestens 1.600 Stunden theoretischen und praktischen Unterricht sowie 3.000 Stunden praktische Ausbildung.

Voraussetzung für den Zugang zur Ausbildung ist neben der gesundheitlichen Eignung der Mittlere Schulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung oder eine andere abgeschlossene zehnjährige Schulbildung oder der Hauptschulabschluss oder eine gleichwertige Schulbildung, sofern die Bewerbenden eine mindestens zweijährige Pflegevorschule erfolgreich besucht oder eine Berufsausbildung mit einer vorgesehenen Ausbildungsdauer von mindestens zwei Jahren erfolgreich abgeschlossen haben. Eine weitere Zugangsmöglichkeit besteht darin, wenn die Bewerbenden eine Erlaubnis als Krankenpflegehelferin bzw. -helfer besitzen.

Für die Berufsausübung der Hebamme und des Entbindungspflegers gelten neben landesrechtlichen Bestimmungen (Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger, die die Rechte und Pflichten der Hebammen und Entbindungspfleger regelt) das SGB V, hier § 24 c Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt sowie § 134 a SGB V, der die Vergütung von Hebammenleistungen in der GKV für die selbständig tätigen Hebammen und Entbindungspfleger regelt.

Hebammen und Entbindungspfleger sind zur Teilnahme an **Qualitätssicherungsmaßnahmen** verpflichtet, entsprechend des § 134 a SGB V und der landesrechtlich geregelten Berufsordnung für Hebammen und Entbindungspfleger des Landes Berlin vom 9. November 2010. In der Berliner Berufsordnung wird u. a. normiert, dass Hebammen und Entbindungspfleger in einem Zeitraum von jeweils drei Jahren, Maßnahmen zur Kompetenzerhaltung im Umfang von 45 Fortbildungsstunden neben dem Studium der Fachliteratur erbringen müssen.

Nach geltendem Hebammengesetz sind Hebammen und Entbindungspfleger befugt, schwangere Frauen zu beraten und zu betreuen, die normale Geburt eigenverantwortlich zu leiten (vorbehaltene Tätigkeit) sowie den Wochenbettverlauf und die Neugeborenenperiode zu überwachen. Dies beinhaltet Vorsorgemaßnahmen und Untersuchungen, das Erkennen von gesundheitlichen Unregelmäßigkeiten bei Mutter und Kind, die Hinzuziehung des Arztes bei pathologischem Verlauf sowie die Durchführung von Notfallmaßnahmen.

Im Hebammengesetz ist ebenso die Verpflichtung festgelegt, dass der Arzt/die Ärztin bei einer Entbindung eine Hebamme hinzuziehen muss.

6.1.2 Vergütung von freiberuflich tätigen Hebammen

Nach § 134 a SGB V schließt der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen (Deutscher Hebammenverband e.V. und Bund freiberuflicher Hebammen Deutschlands e.V.) und den Verbänden der von Hebammen geleiteten Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die abrechnungsfähigen Leistungen sowie die Höhe der Vergütung und die Einzelheiten der Vergütungsabrechnungen mit den Krankenkassen. Dabei haben die Vertragspartner den Bedarf der Versicherten an Hebammenhilfe und deren Qualität, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie die berechtigten wirtschaftlichen Interessen der freiberuflich tätigen Hebammen zu berücksichtigen.

Darüber hinaus gibt es die **landesrechtlich geregelte Verordnung** über die Vergütungen für die Leistungen der Hebammen und Entbindungspfleger außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung (Berliner Entbindungshilfegebührenordnung).

Diese regelt die Gebühren und das Wegegeld, welche freiberuflich tätige Hebammen und Entbindungspfleger für ihre berufsmäßigen Leistungen außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung im Land Berlin erheben können. Das bisher im Berliner Landesrecht geregelte Gebührenverzeichnis orientiert sich an den Verträgen über die Versorgung mit Hebammenhilfe, die der GKV-Spitzenverband mit den maßgeblichen Berufsverbänden der Hebammen auf Bundesebene nach § 134 a SGB V schließt.

Seit der letzten Änderung des Gebührenverzeichnisses der Berliner Entbindungshilfegebührenordnung im Jahr 2011 wurde der Vertrag über die Versorgung mit Hebammenhilfe auf Bundesebene nach § 134 a SGB V mehrfach geändert. Die Vertragspartner haben u. a. auch Vereinbarungen zur Umlage der Kostensteigerungen der Berufshaftpflichtversicherungen für Hebammen und Entbindungspfleger getroffen. Mit der „Zweiten Verordnung zur Änderung der Berliner Entbindungshilfegebührenordnung“ vom 09. März 2015 wurde diesen Änderungen Rechnung getragen. (gesetze.berlin.de/jportal/portal)

6.1.3 Öffentlichkeitsarbeit und Kooperationen verbessern

Jede Frau hat während Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett und Stillzeit Anspruch auf Hebammenhilfe. In Berlin werden ca. 70 % der Hebammenbetreuung in Anspruch genommen. Nach Aussagen des Berliner Hebammenverbandes nehmen während der Schwangerschaft aber die Frauen tendenziell am wenigsten Hebammenhilfe in Anspruch. Zum Teil liege das an der Unkenntnis der Schwangeren oder an den Einstellungen in der Gesellschaft selbst (teilweise auch an den mangelnden Hinweisen einiger Gynäkologen und Gynäkologinnen). Aus Unkenntnis wissen viele Schwangere nicht, dass die Vorsorge und Nachsorge nach der Geburt auch durch Hebammen vorgenommen werden können. Einzige Ausnahme bei der Vorsorge sind die Ultraschalluntersuchungen, die bei einem Gynäkologen sowie einer Gynäkologin vorgenommen werden müssen oder bei Unregelmäßigkeiten, Risikoschwangerschaften. Bei allen anderen Untersuchungen, die im Rahmen der Mutterschaftsrichtlinien von den Krankenkassen bezahlt werden, können sich Frauen aussuchen, von wem sie betreut werden wollen. Auch abwechselnde Termine bei Arzt bzw. Ärztin und Hebamme sind möglich.

Wer sich für eine **gemeinsame Schwangerschaftsbetreuung** durch Arzt bzw. Ärztin und Hebamme entscheidet, habe durchaus Vorteile, da Hebammen sich mehr Zeit nehmen können als Gynäkologinnen und Gynäkologen im Praxisalltag. Viele Frauen empfinden es zudem als angenehm, schon während der Schwangerschaft die Hebamme kennenzulernen, die sie auch später durch die Entbindung und Nachsorge begleiten wird. Die gemeinsame Betreuung ist eine optimale gegenseitige Ergänzung, denn am Ende soll das gleiche Ziel erreicht werden - eine gesunde Mutter und ein gesundes Kind.

Die Phase von Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge wird von vielen Akteuren aus dem Gesundheits- und Sozialbereich begleitet. Eine sinnvolle Vernetzung und Bündelung dieser vielfältigen Kompetenzen

bildet die Grundlage einer optimalen Versorgung von Frauen, Kindern und Familien. Die Zusammenarbeit zwischen Hebammen und anderen Berufsgruppen wird sowohl von den zuständigen Senatsverwaltungen (SenGesSoz und SenBildJugWiss) als auch vom Berliner Hebammenverband aktiv gefördert und unterstützt und ist im Hinblick auf die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung während der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge von wesentlicher Bedeutung.

Der Berliner Hebammenverband wird aktiv in die Programme zur Verbesserung des Kinderschutzes in Berlin eingebunden sowie bei der Öffentlichkeitsarbeit, um den Anspruch jeder Frau auf Hebammenhilfe während der Schwangerschaft, Geburt und Nachsorge/Mutterschaft klar darzustellen. Dies wird in zahlreichen **Informationsblättern** zu wichtigen Themen vermittelt, die in Kinderarztpraxen, Geburtskliniken, von Hebammen und Beratungseinrichtungen verteilt werden. (Öffentlichkeitsarbeit Flyer von SenGesSoz abrufbar unter www.berlin.de/sen/gessoz/_assets/publikationen)

Mit Verabschiedung des Gesetzes zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz - PräVG) vom 17. Juli 2015 soll die Zusammenarbeit der Sozialversicherungsträger, Länder und Kommunen in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung für alle Altersgruppen und in vielen Lebensbereichen gestärkt werden. Mit Hilfe des Gesetzes wurden u. a. die Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen weiterentwickelt und wichtige Maßnahmen ergriffen, um Impflücken in allen Altersstufen zu schließen.

In dem Gesetz wird auch die Inanspruchnahme von Hebammenhilfe erweitert. Bisher waren die Leistungen von Hebammen vertraglich bis zum Ablauf von acht Wochen nach der Geburt vorgesehen, mit der Möglichkeit einer Verlängerung auf ärztliche Anordnung. Dieser Zeitraum ist gesetzlich erweitert worden auf zwölf Wochen, auf ärztlicher Anordnung auch länger. Damit können Mütter und Familien ab sofort länger von der wichtigen Unterstützung durch Hebammen profitieren.

6.1.4 Berufsausübung

Eine Spezifik des Berufs „Hebamme/Entbindungspfleger“ besteht darin, dass diese sowohl freiberuflich als auch sozialversicherungspflichtig tätig sein können. Sie können selbstständig tätig sein oder auch neben ihrer freiberuflichen Tätigkeit in geburtshilflichen Abteilungen von Krankenhäusern oder in hebammengeleiteten Einrichtungen wie Hebammenpraxen oder Geburtshäusern sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein.

Das Anforderungsprofil an den Hebammenberuf ist in den letzten Jahren immer komplexer geworden. Sowohl das **Aufgabenspektrum** als auch die **Form der Berufsausübung** im klinischen und außerklinischen Bereich haben sich grundlegend verändert und verlangen u. a. auch erweiterte Qualifikationen. Zunehmend werden auch präventive und gesundheitsfördernde Aufgaben im Bereich der Familienplanung, Schwangerenvorsorge und in der Versorgung junger Familien im Rahmen interprofessioneller Versorgungsstrukturen von Hebammen wahrgenommen (z. B. Einsatz als Familienhebammen).

Berliner Familienhebammen sind examinierte Hebammen mit einer Zusatzqualifikation im Umfang von 400 Stunden. Die Arbeit der Familienhebamme ist ein zeitlich und fachlich erweitertes Tätigkeitsspektrum der originären Hebammentätigkeit. Der Schwerpunkt in der Arbeit bildet die physische und psychosoziale Beratung, Betreuung und Begleitung von Schwangeren, Müttern und Familien mit erhöhtem Unterstützungsbedarf durch aufsuchende Tätigkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Institutionen und Berufsgruppen bis zu einem Jahr nach der Geburt des Kindes. Nähere Informationen unter:

http://www.berlin.de/imperia/md/content/batempelhofschoeneberg/abtgesstadtqm/ges/ges_fb6/konzept_familienhebammen_27.02.14..pdf

6.1.5 Entwicklungsoptionen

Ausbildung

Mit dem Gesetz zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten vom 25. September 2009 (BGBl. I S. 3158) wurden die Voraussetzungen für eine **Erprobung von neuen Ausbildungsangeboten** bis 2017 geschaffen, die der Weiterentwicklung der oben genannten Berufe unter Berücksichtigung der berufsfeldspezifischen Anforderungen sowie moderner berufspädagogischer Erkenntnisse dienen sollen. Die Erprobung umfasst auch die Möglichkeit, **akademische Erstausbildungen** in den betreffenden Berufen durchzuführen. Ziele, Dauer, Art und allgemeine Vorgaben zur Ausgestaltung der Modellvorhaben sowie die Bedingungen für die Teilnahme sind jeweils von den Ländern festzulegen. Dabei ist eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung sicherzustellen, die auf den Evaluationsrichtlinien vom 16. November 2009 des Bundesministeriums für Gesundheit (Bekanntmachung im amtlichen Teil des Bundesanzeigers Nr. 180, S. 4052 vom 27. November 2009) basiert.

Die Länder müssen dem Bundesministerium für Gesundheit die Evaluationsergebnisse der Modellstudiengänge für die o. g. Berufe übermitteln. Das Bundesministerium für Gesundheit erstattet dem Deutschen Bundestag bis zum 31.12.2015 Bericht über die Ergebnisse der Modellvorhaben.

Aufgrund des o. g. Gesetzes zur Einführung einer Modellklausel in die Berufsgesetze der Hebammen, Logopäden, Physiotherapeuten und Ergotherapeuten wird seit dem WS 2013/14 der 8-semestrige ausbildungsintegrierte duale Vollzeitmodellstudiengang Hebammenkunde an der Evangelischen Hochschule Berlin in Kooperation mit dem St. Joseph Krankenhaus Berlin-Tempelhof angeboten. In dem 8-semestrigen Studiengang werden sowohl die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Hebamme/Entbindungspfleger“ sowie der Abschluss als „Bachelor of Science“ (B. Sc. of Midwifery) erreicht. Es sind drei Durchgänge zu je 20 Studierenden geplant (letzter Durchgang WS 2015/16).

Das Thema der zukünftigen Ausbildungsstrukturen in den Gesundheitsfachberufen wird auf nationaler Ebene im Rahmen der Gesundheitsministerkonferenzen und auf europäischer Ebene intensiv diskutiert. Die steigenden Anforderungen an die Berufstätigen im Gesundheitswesen und die tiefgreifenden Änderungen im Bildungssystem erfordern auch eine ständige Überprüfung der Ausbildungsstrukturen und -inhalte der Gesundheitsfachberufe.

Wissenschaftliche Innovationen, sich wandelnde Versorgungsstrukturen, veränderte Kontexte erfordern neue Anforderungsprofile mit einer höheren und komplexeren Qualifikation. Das hohe Maß an Eigenverantwortung und Selbstbestimmtheit in der Berufsausübung stellt damit hohe Anforderungen an die Professionalität.

Auch der Wissenschaftsrat (WR) spricht sich in seinen „Empfehlungen zu hochschulischen Qualifikationen für das Gesundheitswesen“ (Juli 2012) dafür aus, dass die Gesundheitsfachberufe künftig vermehrt an Hochschulen ausgebildet werden sollen (Akademisierung der Gesundheitsfachberufe).

Der Wissenschaftsrat geht von maximal 10 bis 20 % eines Ausbildungsjahrgangs aus, der in primärqualifizierenden Studiengängen einen Bachelor erwerben soll. Die Gesellschaft benötigt einen bestimmten Anteil an akademisch qualifizierten Berufsangehörigen, sei es für die Forschung, für Lehrtätigkeiten im Rahmen der Ausbildung oder für Führungs- und besonders verantwortliche Koordinierungsaufgaben im Rahmen interprofessioneller Zusammenarbeit mit den anderen akademischen und nichtakademischen Berufsgruppen im Gesundheitswesen.

Die **Akademisierung** ist nach Auffassung des Wissenschaftsrats erforderlich, weil die Gesundheitsberufe künftig komplexere Tätigkeiten ausüben werden als heute und auch in einem gewissen Umfang bisher von Ärzten bzw. Ärztinnen wahrgenommene Aufgaben übernehmen sollen.

Dafür müssen die Gesundheitsfachberufe befähigt werden, ihr Handeln anhand wissenschaftlicher Erkenntnisse zu reflektieren und die zur Verfügung stehenden Versorgungsmöglichkeiten kritisch auf ihre Evidenzbasierung zu prüfen.

Mit der künftig geforderten zwölfjährigen allgemeinen Schulbildung als Zugangsvoraussetzung für die Ausbildung zum Hebammenberuf (Richtlinie 2013/55/EU zur Änderung der Richtlinie 2005/36/EG über die Anerkennung der Berufsqualifikationen) wird insofern einerseits den veränderten und erhöhten Anforderungen an Hebammen und Entbindungspfleger und andererseits den EU-weiten Entwicklungen Rechnung getragen. Mit der Änderungsrichtlinie 2013/55 muss bis 2020 eine nationale Umsetzung des Artikels 40, in welcher die Zugangsvoraussetzungen für die Hebammenausbildung von 10 auf 12 Jahre allgemeiner Schulbildung angehoben wurden, erfolgen.

Welchen generellen Weg die Ausbildung in den Gesundheitsfachberufen langfristig nehmen wird, ist derzeit noch offen. Der Bericht des Bundesministeriums für Gesundheit an den Deutschen Bundestag wird dabei wichtige Erkenntnisse für den Gesamtprozess aufzeigen.

Flächendeckende Versorgung mit Hebammenhilfe

Aufgrund der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherung in den letzten Jahren haben sich viele Hebammen aus dem Geburtsgeschehen zurückgezogen oder sogar den Beruf aufgegeben (ab 01.07.2015 zahlen freiberuflich in der Geburtshilfe tätige Hebammen 6.274 Euro jährliche Haftpflichtprämie).

Damit besteht Gefahr einer nicht mehr vorhandenen flächendeckenden Versorgung bei Schwangerschaften und Geburten. Die Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit Geburtshilfe ist jedoch ein wichtiges Ziel der Bundesregierung und der Länder. Dazu hat sich die Bundesregierung in ihrem Koalitionsvertrag ausdrücklich bekannt. Dies schließt die Möglichkeit der freien Wahl des Geburtsortes ein.

Um die **Sicherstellung** einer bedarfsgerechten und flächendeckenden Versorgung insbesondere sektorenübergreifend im Zusammenspiel mit der Krankenhausversorgung zu stärken, ist eine Befassung in den Gremien der Gesundheitsministerkonferenz erneut erforderlich, da die Länder in den Fragen der gesundheitlichen Versorgung durchaus zentrale Kompetenzen haben. Aspekte der Datenbereitstellung hinsichtlich des Bedarfes und der angebotenen Leistungen von Hebammen werden dabei u. a. eine zentrale Rolle spielen sowie die Stärkung der Öffentlichkeitsarbeit zu Schwangerschaft und Geburt.

Das Land Berlin wird sich dafür einsetzen, dass eine nach bundeseinheitlichen Kriterien erfolgende Datenerhebung erfolgt.

Um das Ziel einer flächendeckenden Versorgung zu erreichen, hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) ein **Maßnahmenpaket** aufgrund des Abschlussberichtes der interministeriellen Arbeitsgruppe „Versorgung mit Hebammenhilfe“ vom 29.04.2014 erarbeitet. Der Bericht bewertet u. a. die Vor- und Nachteile unterschiedlicher Lösungsansätze für eine dauerhafte Versorgung mit Hebammenhilfe, insbesondere durch freiberufliche Hebammen. Im Rahmen der interministeriellen Arbeitsgruppe zur Hebammenversorgung wurden auch verschiedene Modelle für einen Haftungsfonds zugunsten der Hebammen diskutiert und geprüft. Aus Sicht des BMG und der anderen beteiligten Bundesressorts würden (verfassungs-) rechtliche Bedenken gegen diese Vorschläge sprechen. Zudem wäre damit ein erheblicher hoher organisatorischer und administrativer Aufwand verbunden.

Auf der Grundlage des o. g. Berichtes hat die Bundesregierung erste Maßnahmen zur Problematik der gestiegenen Berufshaftpflichtversicherung vorgenommen.

Mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz - GKV-FQWG) vom 24.07.2014 wurde im SGB V der § 134 a neu geregelt (Ausgleichsverfahren der Haftpflichtprämien). Neu geregelt wurde darin die umgehende gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zur Zahlung eines Zuschlages für Geburtshilfeleistungen ab 01. Juli 2014, die Einführung eines dauerhaften Sicherstellungszuschlages bei geringer Geburtenzahl ab 1. Juli 2015 sowie die Vereinbarung von Qualitätsanforderungen durch die Selbstverwaltung bis Ende 2014.

Eine weitere Entlastung für freiberuflich tätige Hebammen in der Geburtshilfe hinsichtlich der Berufshaftpflichtversicherung soll mit dem Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG) vom 16. Juli 2015 erzielt werden.

In dem Gesetz ist geregelt, dass Kranken- und Pflegekassen künftig darauf verzichten können, Regressforderungen gegenüber freiberuflichen Hebammen zu erheben. Nach Aussage des BMG sollen diese Regelungen dazu beitragen, die Haftpflichtversicherungsprämien langfristig zu stabilisieren, einen weiteren Anstieg zu bremsen und Hebammen finanziell zu entlasten.

Die Bundesregierung wird die Wirkungen der Neuregelungen beobachten.

Anhang

Tabellenanhang

Tabelle 2.1 a:
Durchschnittliche Bevölkerung (1991 - 2014) / darunter Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren
- Berlin und Deutschland

Jahr	Bevölkerung in ...					
	Berlin			Deutschland		
	insgesamt	dar.: weiblich	dav.: 15 - 49 Jahre	insgesamt	dar.: weiblich	dav.: 15 - 49 Jahre
1991	3.438.834	1.804.067	878.245	79.984.244	41.326.533	19.332.691
1992	3.454.599	1.806.620	876.044	80.594.371	41.534.242	19.341.603
1993	3.470.577	1.809.314	875.847	81.179.232	41.745.882	19.410.854
1994	3.477.227	1.808.085	874.009	81.421.960	41.846.374	19.428.212
1995	3.471.003	1.799.606	872.880	81.660.965	41.930.010	19.523.182
1996	3.466.524	1.791.631	876.308	81.895.637	42.007.954	19.670.896
1997	3.445.033	1.776.703	873.989	82.058.697	42.059.558	19.752.053
1998	3.414.293	1.758.786	867.047	82.028.947	42.036.675	19.733.530
1999	3.393.324	1.745.844	861.525	82.086.582	42.038.610	19.695.766
2000	3.384.138	1.740.142	858.091	82.182.822	42.067.205	19.664.460
2001	3.385.151	1.739.184	857.862	82.339.430	42.125.238	19.644.964
2002	3.390.293	1.740.703	860.522	82.482.309	42.171.879	19.643.618
2003	3.391.514	1.739.580	861.506	82.520.176	42.170.976	19.624.015
2004	3.387.541	1.735.712	859.522	82.501.274	42.151.183	19.582.306
2005	3.391.781	1.735.153	858.873	82.464.344	42.115.358	19.518.776
2006	3.399.905	1.736.873	858.331	82.365.810	42.048.003	19.413.809
2007	3.407.622	1.739.933	856.557	82.262.642	41.974.819	19.260.128
2008	3.424.639	1.747.502	856.937	82.119.776	41.881.181	19.067.453
2009	3.434.581	1.752.479	853.640	81.874.770	41.741.500	18.817.593
2010	3.446.971	1.758.452	850.134	81.757.471	41.657.600	18.572.054
2011	3.302.174	1.697.405	801.817	80.209.997	41.069.953	18.068.492
2012	3.350.612	1.719.503	809.549	80.425.823	41.120.207	17.819.250
2013	3.398.526	1.741.405	815.835	80.645.605	41.176.500	17.652.282
2014	3.445.839	1.762.835	819.802	80.982.500	41.286.310	17.538.191

Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
(Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.1 b:
Durchschnittliche Bevölkerung (1991 - 2013) / darunter Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren
- Berlin und Bezirke

Jahr	Bevölkerung insgesamt in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	3.438.834	340.657	262.220	302.805	331.834	222.634	288.615	344.386	308.018	211.924	290.003	286.270	249.470
1992	3.454.599	344.511	262.352	304.575	330.622	223.300	288.385	345.473	310.831	212.693	295.144	287.158	249.558
1993	3.470.577	346.357	263.993	307.234	329.697	223.131	289.738	346.954	312.636	214.268	298.575	287.312	250.681
1994	3.477.227	344.954	264.282	309.662	328.488	223.237	290.814	347.288	314.223	215.801	299.292	287.759	251.427
1995	3.471.003	341.861	263.273	311.309	325.672	223.698	291.169	345.725	314.522	215.807	297.600	288.733	251.635
1996	3.466.524	339.388	261.123	314.442	323.732	224.773	291.908	344.863	313.991	217.662	294.847	286.736	253.059
1997	3.445.033	334.034	257.217	319.862	320.854	225.071	291.121	342.587	311.620	221.526	287.239	281.833	252.069
1998	3.414.293	327.539	252.577	324.229	319.614	224.510	289.682	339.684	308.816	225.310	277.111	276.154	249.067
1999	3.393.324	322.898	249.261	329.058	318.567	223.625	288.511	338.386	307.648	227.713	270.870	269.548	247.239
2000	3.384.138	320.637	249.181	334.553	316.528	223.471	288.159	338.234	306.666	229.883	266.129	264.347	246.430
2001	3.385.151	320.878	250.950	339.373	316.133	224.587	288.389	338.049	306.277	232.267	261.348	261.265	245.616
2002	3.390.293	322.577	252.765	343.460	315.932	225.587	288.318	337.623	307.067	232.891	257.255	260.825	246.001
2003	3.391.514	321.431	255.239	346.987	315.514	226.139	288.372	336.343	307.356	233.581	254.442	260.121	245.996
2004	3.387.541	320.422	257.164	349.213	315.031	225.803	288.474	334.960	305.940	234.261	252.237	258.082	245.990
2005	3.391.781	321.895	259.935	352.167	315.009	225.416	288.601	333.872	305.628	235.036	251.192	258.063	244.959
2006	3.399.905	324.672	263.835	355.928	315.231	224.622	288.452	332.468	305.754	235.913	250.073	259.176	243.720
2007	3.407.622	327.342	267.919	360.811	315.918	224.041	289.039	331.832	305.840	236.670	249.617	257.719	241.913
2008	3.424.639	329.114	269.086	366.044	317.377	223.643	290.892	332.148	308.096	238.773	248.880	258.784	241.776
2009	3.434.581	331.639	269.791	364.537	318.991	223.854	292.747	333.814	311.818	240.175	247.596	258.380	241.214
2010	3.446.971	332.685	268.679	367.838	320.116	224.665	294.558	335.475	310.769	241.812	248.850	260.480	240.966
2011	3.302.174	318.374	252.222	355.914	291.495	214.683	277.740	317.763	299.920	238.370	244.339	252.657	238.700
2012	3.350.612	326.115	257.089	361.650	296.047	217.520	280.270	320.096	305.694	240.736	247.358	256.387	241.653
2013	3.398.526	333.781	261.505	368.116	300.440	220.618	282.959	322.563	310.143	243.008	249.897	260.673	244.826

Jahr	Weibliche Bevölkerung insgesamt in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	1.804.067	173.457	132.854	160.961	178.783	116.507	157.326	182.751	159.756	112.885	148.810	147.500	132.478
1992	1.806.620	175.249	132.354	160.523	178.171	116.752	157.328	183.222	161.169	112.519	150.632	146.268	132.435
1993	1.809.314	175.904	132.581	160.411	177.317	116.659	157.910	183.636	161.889	112.534	151.959	145.801	132.713
1994	1.808.085	174.897	132.268	160.538	176.560	116.748	158.226	183.494	162.380	112.601	152.042	145.474	132.857
1995	1.799.606	172.945	131.209	160.197	174.936	116.732	158.211	182.519	162.174	112.039	151.010	144.922	132.714
1996	1.791.631	170.801	129.527	160.902	173.367	116.836	158.265	181.793	161.741	112.398	149.533	143.447	133.021
1997	1.776.703	167.313	127.019	162.837	171.653	116.762	157.678	180.174	160.101	114.029	145.873	141.045	132.219
1998	1.758.786	163.249	124.537	164.522	170.794	116.492	156.997	178.570	158.452	115.742	140.674	138.082	130.675
1999	1.745.844	160.452	122.581	166.792	169.845	115.847	156.303	177.534	157.493	116.799	137.302	134.903	129.993
2000	1.740.142	158.914	122.554	169.579	168.561	115.979	156.216	177.184	156.678	117.896	134.768	132.319	129.523
2001	1.739.184	158.875	123.383	171.956	168.224	116.523	156.131	176.992	155.998	118.997	132.177	131.085	128.841
2002	1.740.703	159.332	124.319	174.024	168.132	117.010	156.015	176.430	156.153	119.293	130.018	131.302	128.688
2003	1.739.580	158.728	125.365	175.662	167.772	117.206	155.787	175.458	155.968	119.679	128.484	131.040	128.456
2004	1.735.712	157.839	126.053	176.625	167.194	116.862	155.547	174.618	155.002	120.132	127.359	130.100	128.401
2005	1.735.153	157.916	127.215	177.706	166.808	116.472	155.475	173.816	154.495	120.474	126.835	130.136	127.793
2006	1.736.873	158.508	129.098	179.469	166.672	115.875	155.368	172.728	154.132	120.984	126.398	130.656	126.968
2007	1.739.933	159.300	130.995	182.109	166.782	115.544	155.657	172.048	153.910	121.563	126.178	130.323	126.045
2008	1.747.502	159.905	131.517	184.927	167.356	115.258	156.477	172.143	154.826	122.429	125.804	131.001	125.854
2009	1.752.479	160.938	131.943	184.635	168.034	115.244	157.207	172.879	156.532	123.217	125.249	131.206	125.368
2010	1.758.452	161.345	131.564	186.452	168.573	115.499	157.889	173.497	156.527	123.996	125.875	132.186	124.997
2011	1.697.405	155.605	123.904	182.474	155.054	111.787	150.075	165.732	151.507	123.566	125.013	129.627	123.064
2012	1.719.503	158.959	126.209	185.335	156.854	113.064	151.113	166.803	154.365	124.537	126.568	131.287	124.413
2013	1.741.405	162.372	128.329	188.496	158.606	114.491	152.256	167.775	156.539	125.596	127.809	133.184	125.953

noch Tabelle 2.1 b:
Durchschnittliche Bevölkerung (1991 - 2013) / darunter Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren
- Berlin und Bezirke

Jahr	Weibliche Bevölkerung im Alter von 15 - 49 Jahren in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	878.245	88.828	71.959	74.513	86.403	53.269	70.491	89.297	78.129	46.827	83.541	76.122	58.879
1992	876.044	89.986	71.974	74.604	85.587	52.867	69.803	89.063	78.603	45.920	84.567	74.744	58.331
1993	875.847	90.602	72.499	75.227	84.632	52.362	69.545	88.742	78.791	45.654	85.628	74.019	58.166
1994	874.009	90.350	72.738	76.076	83.701	52.029	69.161	88.193	78.876	45.625	86.004	73.499	57.781
1995	872.880	89.888	72.736	77.169	82.850	52.087	69.210	87.767	78.907	45.676	85.984	73.181	57.472
1996	876.308	89.467	72.630	79.371	82.436	52.463	69.839	87.920	79.113	46.614	85.903	72.642	57.953
1997	873.989	88.074	71.919	82.302	81.630	52.617	69.714	87.399	78.475	48.281	84.171	71.637	57.784
1998	867.047	86.161	71.206	85.045	81.078	52.448	69.172	86.578	77.372	49.881	81.084	70.191	56.816
1999	861.525	84.960	70.911	88.060	80.493	52.017	68.475	85.884	76.415	51.078	78.785	68.447	56.041
2000	858.091	84.420	71.803	91.066	79.331	51.820	67.880	85.338	75.485	52.109	76.729	66.828	55.312
2001	857.862	84.809	73.328	93.712	78.618	51.926	67.400	84.829	74.869	53.071	74.511	66.127	54.657
2002	860.522	85.751	74.993	96.153	78.126	52.155	67.061	84.180	74.912	53.664	72.603	66.392	54.537
2003	861.506	85.794	76.536	98.086	77.514	52.220	66.845	83.427	74.861	54.269	71.064	66.350	54.551
2004	859.522	85.411	77.667	99.279	76.750	51.993	66.597	82.670	74.482	54.780	69.667	65.734	54.488
2005	858.873	85.759	79.054	100.440	76.082	51.692	66.430	81.804	74.428	55.169	68.390	65.536	54.086
2006	858.331	86.517	80.822	101.716	75.771	51.257	66.278	80.794	74.299	55.354	66.763	65.274	53.493
2007	856.557	87.254	82.688	103.202	75.526	50.901	66.218	79.940	74.353	55.306	64.785	64.234	52.699
2008	856.937	87.732	83.102	104.554	75.416	50.559	66.359	79.585	75.350	55.425	62.698	63.881	52.280
2009	853.640	88.632	83.403	102.974	75.264	50.184	66.264	79.629	76.791	55.310	60.424	63.036	51.733
2010	850.134	89.106	82.962	103.002	74.965	49.850	66.034	79.368	77.075	55.124	58.814	62.604	51.224
2011	801.817	84.346	76.545	98.894	66.640	47.102	60.104	74.907	74.253	54.094	55.964	59.638	49.430
2012	809.549	86.832	78.110	99.791	67.374	47.372	60.234	75.061	76.298	53.961	55.105	59.704	49.805
2013	815.835	89.208	79.311	100.668	67.972	47.701	60.236	74.984	77.637	53.789	54.110	60.033	50.276

Jahr	Anteil der weiblichen Bevölkerung im Alter von 15 - 49 Jahren an der weiblichen Bevölkerung insgesamt in ... / in %												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	48,7	51,2	54,2	46,3	48,3	45,7	44,8	48,9	48,9	41,5	56,1	51,6	44,4
1992	48,5	51,3	54,4	46,5	48,0	45,3	44,4	48,6	48,8	40,8	56,1	51,1	44,0
1993	48,4	51,5	54,7	46,9	47,7	44,9	44,0	48,3	48,7	40,6	56,3	50,8	43,8
1994	48,3	51,7	55,0	47,4	47,4	44,6	43,7	48,1	48,6	40,5	56,6	50,5	43,5
1995	48,5	52,0	55,4	48,2	47,4	44,6	43,7	48,1	48,7	40,8	56,9	50,5	43,3
1996	48,9	52,4	56,1	49,3	47,5	44,9	44,1	48,4	48,9	41,5	57,4	50,6	43,6
1997	49,2	52,6	56,6	50,5	47,6	45,1	44,2	48,5	49,0	42,3	57,7	50,8	43,7
1998	49,3	52,8	57,2	51,7	47,5	45,0	44,1	48,5	48,8	43,1	57,6	50,8	43,5
1999	49,3	53,0	57,8	52,8	47,4	44,9	43,8	48,4	48,5	43,7	57,4	50,7	43,1
2000	49,3	53,1	58,6	53,7	47,1	44,7	43,5	48,2	48,2	44,2	56,9	50,5	42,7
2001	49,3	53,4	59,4	54,5	46,7	44,6	43,2	47,9	48,0	44,6	56,4	50,4	42,4
2002	49,4	53,8	60,3	55,3	46,5	44,6	43,0	47,7	48,0	45,0	55,8	50,6	42,4
2003	49,5	54,1	61,1	55,8	46,2	44,6	42,9	47,5	48,0	45,3	55,3	50,6	42,5
2004	49,5	54,1	61,6	56,2	45,9	44,5	42,8	47,3	48,1	45,6	54,7	50,5	42,4
2005	49,5	54,3	62,1	56,5	45,6	44,4	42,7	47,1	48,2	45,8	53,9	50,4	42,3
2006	49,4	54,6	62,6	56,7	45,5	44,2	42,7	46,8	48,2	45,8	52,8	50,0	42,1
2007	49,2	54,8	63,1	56,7	45,3	44,1	42,5	46,5	48,3	45,5	51,3	49,3	41,8
2008	49,0	54,9	63,2	56,5	45,1	43,9	42,4	46,2	48,7	45,3	49,8	48,8	41,5
2009	48,7	55,1	63,2	55,8	44,8	43,5	42,2	46,1	49,1	44,9	48,2	48,0	41,3
2010	48,3	55,2	63,1	55,2	44,5	43,2	41,8	45,7	49,2	44,5	46,7	47,4	41,0
2011	47,2	54,2	61,8	54,2	43,0	42,1	40,0	45,2	49,0	43,8	44,8	46,0	40,2
2012	47,1	54,6	61,9	53,8	43,0	41,9	39,9	45,0	49,4	43,3	43,5	45,5	40,0
2013	46,8	54,9	61,8	53,4	42,9	41,7	39,6	44,7	49,6	42,8	42,3	45,1	39,9

Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.2 a:
Lebendgeborene (1991 - 2014) / rohe und allgemeine Geburtenziffer
- Berlin und Deutschland

Jahr	Berlin			Deutschland		
	Lebendgeborene	rohe Geburtenziffer ¹⁾	allgemeine Geburtenziffer ²⁾	Lebendgeborene	rohe Geburtenziffer ¹⁾	allgemeine Geburtenziffer ²⁾
1991	30.562	8,9	34,8	830.019	10,4	42,9
1992	29.667	8,6	33,9	809.114	10,0	41,8
1993	28.724	8,3	32,8	798.447	9,8	41,1
1994	28.503	8,2	32,6	769.603	9,5	39,6
1995	28.648	8,3	32,8	765.221	9,4	39,2
1996	29.905	8,6	34,1	796.013	9,7	40,5
1997	30.369	8,8	34,7	812.173	9,9	41,1
1998	29.612	8,7	34,2	785.034	9,6	39,8
1999	29.856	8,8	34,7	770.744	9,4	39,1
2000	29.695	8,8	34,6	766.999	9,3	39,0
2001	28.624	8,5	33,4	734.475	8,9	37,4
2002	28.801	8,5	33,5	719.250	8,7	36,6
2003	28.723	8,5	33,3	706.721	8,6	36,0
2004	29.446	8,7	34,3	705.622	8,6	36,0
2005	28.976	8,5	33,7	685.795	8,3	35,1
2006	29.627	8,7	34,5	672.724	8,2	34,7
2007	31.174	9,1	36,4	684.862	8,3	35,6
2008	31.936	9,3	37,3	682.514	8,3	35,8
2009	32.104	9,3	37,6	665.126	8,1	35,3
2010	33.393	9,7	39,3	677.947	8,3	36,5
2011	33.075	10,0	41,3	662.685	8,3	36,7
2012	34.678	10,3	42,8	673.544	8,4	37,8
2013	35.038	10,3	42,9	682.069	8,5	38,6
2014	37.368	10,8	45,6	714.927	8,8	40,8

Jahr	Vgl. Berlin zu Deutschland / in %			
	Anteil der Lebendgeborenen	rohe Geburtenziffer ¹⁾	allgemeine Geburtenziffer ²⁾	Anteil fertile Frauen
1991	3,7	-14,4	-18,9	4,5
1992	3,7	-14,5	-19,0	4,5
1993	3,6	-15,9	-20,3	4,5
1994	3,7	-13,3	-17,7	4,5
1995	3,7	-11,9	-16,3	4,5
1996	3,8	-11,2	-15,7	4,5
1997	3,7	-10,9	-15,5	4,4
1998	3,8	-9,4	-14,1	4,4
1999	3,9	-6,3	-11,4	4,4
2000	3,9	-6,0	-11,3	4,4
2001	3,9	-5,2	-10,8	4,4
2002	4,0	-2,6	-8,6	4,4
2003	4,1	-1,1	-7,4	4,4
2004	4,2	1,6	-4,9	4,4
2005	4,2	2,7	-4,0	4,4
2006	4,4	6,7	-0,4	4,4
2007	4,6	9,9	2,4	4,4
2008	4,7	12,2	4,1	4,5
2009	4,8	15,1	6,4	4,5
2010	4,9	16,8	7,6	4,6
2011	5,0	21,2	12,5	4,4
2012	5,1	23,6	13,3	4,5
2013	5,1	21,9	11,2	4,6
2014	5,2	22,9	11,7	4,7

¹⁾ Lebendgeborene je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

²⁾ Lebendgeborene je 1.000 der durchschnittlichen weiblichen Bevölkerung / Alter 15 - 49 Jahre.

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

Tabelle 2.2 b:
Lebendgeborene (1991 - 2013) / rohe und allgemeine Geburtenziffer
- Berlin und Bezirke

Jahr	Lebendgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	30.562	3.907	3.202	2.088	2.908	2.029	2.446	3.351	3.333	1.277	2.167	1.719	2.135
1992	29.667	3.890	2.969	1.877	2.802	2.027	2.474	3.360	3.418	1.081	2.032	1.506	2.231
1993	28.724	3.587	2.929	1.826	2.776	1.888	2.442	3.317	3.392	1.063	1.944	1.458	2.102
1994	28.503	3.570	2.961	1.939	2.756	1.906	2.399	3.210	3.234	1.060	1.802	1.504	2.162
1995	28.648	3.517	2.896	2.166	2.698	1.990	2.293	3.055	3.442	1.150	1.776	1.631	2.034
1996	29.905	3.646	3.011	2.306	2.765	1.996	2.427	3.274	3.375	1.380	1.799	1.741	2.185
1997	30.369	3.631	2.992	2.644	2.794	1.966	2.423	3.251	3.419	1.384	1.852	1.835	2.178
1998	29.612	3.552	2.839	2.732	2.691	1.930	2.381	3.061	3.350	1.520	1.753	1.776	2.027
1999	29.856	3.440	2.948	2.979	2.529	1.864	2.273	3.046	3.373	1.615	1.833	1.852	2.104
2000	29.695	3.514	2.880	3.059	2.503	1.908	2.189	2.994	3.255	1.678	1.886	1.901	1.928
2001	28.624	3.431	2.737	3.130	2.394	1.764	2.170	2.870	3.070	1.717	1.715	1.737	1.889
2002	28.801	3.471	2.716	3.236	2.398	1.784	2.158	2.855	2.959	1.685	1.761	1.955	1.823
2003	28.723	3.445	2.809	3.230	2.425	1.714	2.115	2.719	3.087	1.729	1.772	1.898	1.780
2004	29.446	3.540	2.927	3.628	2.283	1.783	2.129	2.755	2.986	1.799	1.827	1.939	1.850
2005	28.976	3.498	2.857	3.604	2.300	1.645	2.011	2.689	2.927	1.704	1.922	2.043	1.776
2006	29.627	3.580	3.033	3.731	2.268	1.752	1.971	2.636	2.965	1.834	1.986	2.136	1.735
2007	31.174	3.723	3.183	4.144	2.446	1.813	1.987	2.724	3.014	1.922	2.132	2.255	1.831
2008	31.936	3.833	3.132	4.344	2.358	1.931	2.139	2.721	3.046	2.086	2.162	2.289	1.895
2009	32.104	3.743	3.202	4.259	2.390	1.829	2.081	2.767	3.081	2.132	2.225	2.540	1.855
2010	33.393	3.846	3.296	4.421	2.432	2.000	2.200	2.872	3.299	2.177	2.258	2.655	1.937
2011	33.075	3.900	3.223	4.317	2.370	2.008	2.154	2.787	3.298	2.195	2.322	2.535	1.966
2012	34.678	3.990	3.351	4.317	2.589	2.018	2.225	2.818	3.494	2.335	2.521	2.912	2.108
2013	35.038	4.123	3.399	4.496	2.497	1.998	2.332	2.968	3.554	2.336	2.511	2.706	2.178

Jahr	rohe Geburtenziffer ¹⁾ in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	8,9	11,5	12,2	6,9	8,8	9,1	8,5	9,7	10,8	6,0	7,5	6,0	8,6
1992	8,6	11,3	11,3	6,2	8,5	9,1	8,6	9,7	11,0	5,1	6,9	5,2	8,9
1993	8,3	10,4	11,1	5,9	8,4	8,5	8,4	9,6	10,8	5,0	6,5	5,1	8,4
1994	8,2	10,3	11,2	6,3	8,4	8,5	8,2	9,2	10,3	4,9	6,0	5,2	8,6
1995	8,3	10,3	11,0	7,0	8,3	8,9	7,9	8,8	10,9	5,3	6,0	5,6	8,1
1996	8,6	10,7	11,5	7,3	8,5	8,9	8,3	9,5	10,7	6,3	6,1	6,1	8,6
1997	8,8	10,9	11,6	8,3	8,7	8,7	8,3	9,5	11,0	6,2	6,4	6,5	8,6
1998	8,7	10,8	11,2	8,4	8,4	8,6	8,2	9,0	10,8	6,7	6,3	6,4	8,1
1999	8,8	10,7	11,8	9,1	7,9	8,3	7,9	9,0	11,0	7,1	6,8	6,9	8,5
2000	8,8	11,0	11,6	9,1	7,9	8,5	7,6	8,9	10,6	7,3	7,1	7,2	7,8
2001	8,5	10,7	10,9	9,2	7,6	7,9	7,5	8,5	10,0	7,4	6,6	6,6	7,7
2002	8,5	10,8	10,7	9,4	7,6	7,9	7,5	8,5	9,6	7,2	6,8	7,5	7,4
2003	8,5	10,7	11,0	9,3	7,7	7,6	7,3	8,1	10,0	7,4	7,0	7,3	7,2
2004	8,7	11,0	11,4	10,4	7,2	7,9	7,4	8,2	9,8	7,7	7,2	7,5	7,5
2005	8,5	10,9	11,0	10,2	7,3	7,3	7,0	8,1	9,6	7,2	7,7	7,9	7,3
2006	8,7	11,0	11,5	10,5	7,2	7,8	6,8	7,9	9,7	7,8	7,9	8,2	7,1
2007	9,1	11,4	11,9	11,5	7,7	8,1	6,9	8,2	9,9	8,1	8,5	8,7	7,6
2008	9,3	11,6	11,6	11,9	7,4	8,6	7,4	8,2	9,9	8,7	8,7	8,8	7,8
2009	9,3	11,3	11,9	11,7	7,5	8,2	7,1	8,3	9,9	8,9	9,0	9,8	7,7
2010	9,7	11,6	12,3	12,0	7,6	8,9	7,5	8,6	10,6	9,0	9,1	10,2	8,0
2011	10,0	12,2	12,8	12,1	8,1	9,4	7,8	8,8	11,0	9,2	9,5	10,0	8,2
2012	10,3	12,2	13,0	11,9	8,7	9,3	7,9	8,8	11,4	9,7	10,2	11,4	8,7
2013	10,3	12,4	12,8	12,2	8,3	9,1	8,2	9,2	11,5	9,6	10,0	10,4	8,9

noch Tabelle 2.2 b:
Lebendgeborene (1991 - 2013) / rohe und allgemeine Geburtenziffer
 - Berlin und Bezirke

Jahr	Allgemeine Geburtenziffer ²⁾ in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	34,8	44,0	44,5	28,0	33,7	38,1	34,7	37,5	42,7	27,3	25,9	22,6	36,3
1992	33,9	43,2	41,3	25,2	32,7	38,3	35,4	37,7	43,5	23,5	24,0	20,1	38,2
1993	32,8	39,6	40,4	24,3	32,8	36,1	35,1	37,4	43,1	23,3	22,7	19,7	36,1
1994	32,6	39,5	40,7	25,5	32,9	36,6	34,7	36,4	41,0	23,2	21,0	20,5	37,4
1995	32,8	39,1	39,8	28,1	32,6	38,2	33,1	34,8	43,6	25,2	20,7	22,3	35,4
1996	34,1	40,8	41,5	29,1	33,5	38,0	34,8	37,2	42,7	29,6	20,9	24,0	37,7
1997	34,7	41,2	41,6	32,1	34,2	37,4	34,8	37,2	43,6	28,7	22,0	25,6	37,7
1998	34,2	41,2	39,9	32,1	33,2	36,8	34,4	35,4	43,3	30,5	21,6	25,3	35,7
1999	34,7	40,5	41,6	33,8	31,4	35,8	33,2	35,5	44,1	31,6	23,3	27,1	37,5
2000	34,6	41,6	40,1	33,6	31,6	36,8	32,2	35,1	43,1	32,2	24,6	28,4	34,9
2001	33,4	40,5	37,3	33,4	30,5	34,0	32,2	33,8	41,0	32,4	23,0	26,3	34,6
2002	33,5	40,5	36,2	33,7	30,7	34,2	32,2	33,9	39,5	31,4	24,3	29,4	33,4
2003	33,3	40,2	36,7	32,9	31,3	32,8	31,6	32,6	41,2	31,9	24,9	28,6	32,6
2004	34,3	41,4	37,7	36,5	29,7	34,3	32,0	33,3	40,1	32,8	26,2	29,5	34,0
2005	33,7	40,8	36,1	35,9	30,2	31,8	30,3	32,9	39,3	30,9	28,1	31,2	32,8
2006	34,5	41,4	37,5	36,7	29,9	34,2	29,7	32,6	39,9	33,1	29,7	32,7	32,4
2007	36,4	42,7	38,5	40,2	32,4	35,6	30,0	34,1	40,5	34,8	32,9	35,1	34,7
2008	37,3	43,7	37,7	41,5	31,3	38,2	32,2	34,2	40,4	37,6	34,5	35,8	36,2
2009	37,6	42,2	38,4	41,4	31,8	36,4	31,4	34,7	40,1	38,5	36,8	40,3	35,9
2010	39,3	43,2	39,7	42,9	32,4	40,1	33,3	36,2	42,8	39,5	38,4	42,4	37,8
2011	42,9	46,2	42,1	44,7	36,7	41,9	38,7	39,6	45,8	43,4	46,4	45,1	43,3
2012	42,8	46,0	42,9	43,3	38,4	42,6	36,9	37,5	45,8	43,3	45,7	48,8	42,3
2013	41,3	46,2	42,1	43,7	35,6	42,6	35,8	37,2	44,4	40,6	41,5	42,5	39,8

¹⁾ Lebendgeborene je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

²⁾ Lebendgeborene je 1.000 der durchschnittlichen weiblichen Bevölkerung / Alter 15 - 49 Jahre.

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

Tabelle 2.3 a:
Lebendgeborene / Gestorbene / Geburtenüberschuss (1991 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Berlin				Deutschland			
	Lebendgeborene	Gestorbene	Geburtenüberschuss/-defizit		Lebendgeborene	Gestorbene	Geburtenüberschuss/-defizit	
			absolut	je 1.000 ¹⁾			absolut	je 1.000 ¹⁾
1991	30.562	43.654	-13.092	-3,8	830.019	911.245	-81.226	-1,0
1992	29.667	42.004	-12.337	-3,6	809.114	885.443	-76.329	-0,9
1993	28.724	41.273	-12.549	-3,6	798.447	897.270	-98.823	-1,2
1994	28.503	40.738	-12.235	-3,5	769.603	884.661	-115.058	-1,4
1995	28.648	39.245	-10.597	-3,1	765.221	884.588	-119.367	-1,5
1996	29.905	38.099	-8.194	-2,4	796.013	882.843	-86.830	-1,1
1997	30.369	36.447	-6.078	-1,8	812.173	860.389	-48.216	-0,6
1998	29.612	35.224	-5.612	-1,6	785.034	852.382	-67.348	-0,8
1999	29.856	34.996	-5.140	-1,5	770.744	846.330	-75.586	-0,9
2000	29.695	33.335	-3.640	-1,1	766.999	838.797	-71.798	-0,9
2001	28.624	32.826	-4.202	-1,2	734.475	828.541	-94.066	-1,1
2002	28.801	33.492	-4.691	-1,4	719.250	841.686	-122.436	-1,5
2003	28.723	33.146	-4.423	-1,3	706.721	853.946	-147.225	-1,8
2004	29.446	31.792	-2.346	-0,7	705.622	818.271	-112.649	-1,4
2005	28.976	31.985	-3.009	-0,9	685.795	830.227	-144.432	-1,8
2006	29.627	31.523	-1.896	-0,6	672.724	821.627	-148.903	-1,8
2007	31.174	30.980	194	0,1	684.862	827.155	-142.293	-1,7
2008	31.936	31.911	25	0,0	682.514	844.439	-161.925	-2,0
2009	32.104	31.713	391	0,1	665.126	854.544	-189.418	-2,3
2010	33.393	32.234	1.159	0,3	677.947	858.768	-180.821	-2,2
2011	33.075	31.380	1.695	0,5	662.685	852.328	-189.643	-2,4
2012	34.678	32.218	2.460	0,7	673.544	869.582	-196.038	-2,4
2013	35.038	32.792	2.246	0,7	682.069	893.825	-211.756	-2,6
2014	37.368	32.314	5.054	1,5	714.927	868.356	-153.429	-1,9

¹⁾ Je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.3 b:
Lebendgeborene / Gestorbene / Geburtenüberschuss (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke

Jahr	Lebendgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	30.562	3.907	3.202	2.088	2.908	2.029	2.446	3.351	3.333	1.277	2.167	1.719	2.135
1992	29.667	3.890	2.969	1.877	2.802	2.027	2.474	3.360	3.418	1.081	2.032	1.506	2.231
1993	28.724	3.587	2.929	1.826	2.776	1.888	2.442	3.317	3.392	1.063	1.944	1.458	2.102
1994	28.503	3.570	2.961	1.939	2.756	1.906	2.399	3.210	3.234	1.060	1.802	1.504	2.162
1995	28.648	3.517	2.896	2.166	2.698	1.990	2.293	3.055	3.442	1.150	1.776	1.631	2.034
1996	29.905	3.646	3.011	2.306	2.765	1.996	2.427	3.274	3.375	1.380	1.799	1.741	2.185
1997	30.369	3.631	2.992	2.644	2.794	1.966	2.423	3.251	3.419	1.384	1.852	1.835	2.178
1998	29.612	3.552	2.839	2.732	2.691	1.930	2.381	3.061	3.350	1.520	1.753	1.776	2.027
1999	29.856	3.440	2.948	2.979	2.529	1.864	2.273	3.046	3.373	1.615	1.833	1.852	2.104
2000	29.695	3.514	2.880	3.059	2.503	1.908	2.189	2.994	3.255	1.678	1.886	1.901	1.928
2001	28.624	3.431	2.737	3.130	2.394	1.764	2.170	2.870	3.070	1.717	1.715	1.737	1.889
2002	28.801	3.471	2.716	3.236	2.398	1.784	2.158	2.855	2.959	1.685	1.761	1.955	1.823
2003	28.723	3.445	2.809	3.230	2.425	1.714	2.115	2.719	3.087	1.729	1.772	1.898	1.780
2004	29.446	3.540	2.927	3.628	2.283	1.783	2.129	2.755	2.986	1.799	1.827	1.939	1.850
2005	28.976	3.498	2.857	3.604	2.300	1.645	2.011	2.689	2.927	1.704	1.922	2.043	1.776
2006	29.627	3.580	3.033	3.731	2.268	1.752	1.971	2.636	2.965	1.834	1.986	2.136	1.735
2007	31.174	3.723	3.183	4.144	2.446	1.813	1.987	2.724	3.014	1.922	2.132	2.255	1.831
2008	31.936	3.833	3.132	4.344	2.358	1.931	2.139	2.721	3.046	2.086	2.162	2.289	1.895
2009	32.104	3.743	3.202	4.259	2.390	1.829	2.081	2.767	3.081	2.132	2.225	2.540	1.855
2010	33.393	3.846	3.296	4.421	2.432	2.000	2.200	2.872	3.299	2.177	2.258	2.655	1.937
2011	33.075	3.900	3.223	4.317	2.370	2.008	2.154	2.787	3.298	2.195	2.322	2.535	1.966
2012	34.678	3.990	3.351	4.317	2.589	2.018	2.225	2.818	3.494	2.335	2.521	2.912	2.108
2013	35.038	4.123	3.339	4.496	2.497	1.998	2.332	2.968	3.554	2.336	2.511	2.706	2.178

Jahr	Gestorbene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	43.654	4.045	3.130	4.288	4.925	3.134	4.693	4.484	3.936	2.840	1.739	2.642	3.798
1992	42.004	3.869	2.865	4.029	4.792	2.989	4.465	4.319	3.876	2.687	1.730	2.548	3.835
1993	41.273	3.703	2.911	3.825	4.620	2.974	4.538	4.487	3.829	2.606	1.722	2.374	3.684
1994	40.738	3.818	2.847	3.680	4.659	2.993	4.508	4.385	3.757	2.528	1.722	2.260	3.581
1995	39.245	3.729	2.646	3.243	4.511	2.938	4.568	4.292	3.660	2.405	1.751	2.104	3.398
1996	38.099	3.504	2.591	3.305	4.277	2.786	4.293	4.160	3.523	2.382	1.700	2.218	3.360
1997	36.447	3.332	2.267	3.082	4.044	2.767	4.120	4.060	3.381	2.278	1.689	2.169	3.258
1998	35.224	3.235	2.120	2.929	4.003	2.783	4.100	3.813	3.251	2.259	1.654	2.078	2.999
1999	34.996	3.281	2.257	3.008	3.890	2.559	3.997	3.776	3.161	2.197	1.737	2.072	3.061
2000	33.335	3.113	1.949	2.746	3.695	2.671	3.855	3.546	3.104	2.206	1.650	1.928	2.872
2001	32.826	3.105	1.958	2.837	3.575	2.590	3.596	3.494	2.937	2.191	1.716	2.078	2.749
2002	33.492	2.933	1.950	2.922	3.567	2.616	3.679	3.592	2.988	2.236	1.839	2.317	2.853
2003	33.146	2.983	1.954	2.872	3.551	2.637	3.605	3.470	2.907	2.298	1.792	2.282	2.795
2004	31.792	2.772	1.728	2.778	3.351	2.512	3.281	3.453	2.907	2.246	1.800	2.323	2.641
2005	31.985	2.744	1.796	2.858	3.258	2.617	3.331	3.283	2.909	2.271	1.921	2.354	2.643
2006	31.523	2.718	1.784	2.851	3.206	2.576	3.232	3.279	2.894	2.216	1.851	2.321	2.595
2007	30.980	2.470	1.742	2.797	3.041	2.568	3.088	3.126	2.960	2.276	1.975	2.349	2.588
2008	31.911	2.581	1.698	2.980	3.138	2.620	3.187	3.219	2.922	2.460	2.006	2.443	2.657
2009	31.713	2.630	1.670	2.881	3.207	2.557	3.325	3.115	2.839	2.439	2.004	2.367	2.679
2010	32.234	2.631	1.650	2.976	3.198	2.550	3.223	3.204	2.924	2.545	2.103	2.428	2.802
2011	31.380	2.511	1.578	2.954	3.016	2.424	3.197	3.155	2.792	2.442	2.050	2.571	2.690
2012	32.218	2.470	1.522	3.034	3.126	2.658	3.289	3.075	2.961	2.577	2.081	2.536	2.889
2013	32.792	2.589	1.679	3.052	3.287	2.641	3.287	3.161	2.803	2.695	2.179	2.507	2.912

noch Tabelle 2.3 b:
Lebendgeborene / Gestorbene / Geburtenüberschuss (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke

Jahr	Geburtenüberschuss/-defizit absolut in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	-13.092	-138	72	-2.200	-2.017	-1.105	-2.247	-1.133	-603	-1.563	428	-923	-1.663
1992	-12.337	21	104	-2.152	-1.990	-962	-1.991	-959	-458	-1.606	302	-1.042	-1.604
1993	-12.549	-116	18	-1.999	-1.844	-1.086	-2.096	-1.170	-437	-1.543	222	-916	-1.582
1994	-12.235	-248	114	-1.741	-1.903	-1.087	-2.109	-1.175	-523	-1.468	80	-756	-1.419
1995	-10.597	-212	250	-1.077	-1.813	-948	-2.275	-1.237	-218	-1.255	25	-473	-1.364
1996	-8.194	142	420	-999	-1.512	-790	-1.866	-886	-148	-1.002	99	-477	-1.175
1997	-6.078	299	725	-438	-1.250	-801	-1.697	-809	38	-894	163	-334	-1.080
1998	-5.612	317	719	-197	-1.312	-853	-1.719	-752	99	-739	99	-302	-972
1999	-5.140	159	691	-29	-1.361	-695	-1.724	-730	212	-582	96	-220	-957
2000	-3.640	401	931	313	-1.192	-763	-1.666	-552	151	-528	236	-27	-944
2001	-4.202	326	779	293	-1.181	-826	-1.426	-624	133	-474	-1	-341	-860
2002	-4.691	538	766	314	-1.169	-832	-1.521	-737	-29	-551	-78	-362	-1.030
2003	-4.423	462	855	358	-1.126	-923	-1.490	-751	180	-569	-20	-384	-1.015
2004	-2.346	768	1.199	850	-1.068	-729	-1.152	-698	79	-447	27	-384	-791
2005	-3.009	754	1.061	746	-958	-972	-1.320	-594	18	-567	1	-311	-867
2006	-1.896	862	1.249	880	-938	-824	-1.261	-643	71	-382	135	-185	-860
2007	194	1.253	1.441	1.347	-595	-755	-1.101	-402	54	-354	157	-94	-757
2008	25	1.252	1.434	1.364	-780	-689	-1.048	-498	124	-374	156	-154	-762
2009	391	1.113	1.532	1.378	-817	-728	-1.244	-348	242	-307	221	173	-824
2010	1.159	1.215	1.646	1.445	-766	-550	-1.023	-332	375	-368	155	227	-865
2011	1.695	1.389	1.645	1.363	-646	-416	-1.043	-368	506	-247	272	-36	-724
2012	2.460	1.520	1.829	1.283	-537	-640	-1.064	-257	533	-242	440	376	-781
2013	2.246	1.534	1.660	1.444	-790	-643	-955	-193	751	-359	332	199	-734

Jahr	Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung ¹⁾ in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	-3,8	-0,4	0,3	-7,3	-6,1	-5,0	-7,8	-3,3	-2,0	-7,4	1,5	-3,2	-6,7
1992	-3,6	0,1	0,4	-7,1	-6,0	-4,3	-6,9	-2,8	-1,5	-7,6	1,0	-3,6	-6,4
1993	-3,6	-0,3	0,1	-6,5	-5,6	-4,9	-7,2	-3,4	-1,4	-7,2	0,7	-3,2	-6,3
1994	-3,5	-0,7	0,4	-5,6	-5,8	-4,9	-7,3	-3,4	-1,7	-6,8	0,3	-2,6	-5,6
1995	-3,1	-0,6	0,9	-3,5	-5,6	-4,2	-7,8	-3,6	-0,7	-5,8	0,1	-1,6	-5,4
1996	-2,4	0,4	1,6	-3,2	-4,7	-3,5	-6,4	-2,6	-0,5	-4,6	0,3	-1,7	-4,6
1997	-1,8	0,9	2,8	-1,4	-3,9	-3,6	-5,8	-2,4	0,1	-4,0	0,6	-1,2	-4,3
1998	-1,6	1,0	2,8	-0,6	-4,1	-3,8	-5,9	-2,2	0,3	-3,3	0,4	-1,1	-3,9
1999	-1,5	0,5	2,8	-0,1	-4,3	-3,1	-6,0	-2,2	0,7	-2,6	0,4	-0,8	-3,9
2000	-1,1	1,3	3,7	0,9	-3,8	-3,4	-5,8	-1,6	0,5	-2,3	0,9	-0,1	-3,8
2001	-1,2	1,0	3,1	0,9	-3,7	-3,7	-4,9	-1,8	0,4	-2,0	0,0	-1,3	-3,5
2002	-1,4	1,7	3,0	0,9	-3,7	-3,7	-5,3	-2,2	-0,1	-2,4	-0,3	-1,4	-4,2
2003	-1,3	1,4	3,3	1,0	-3,6	-4,1	-5,2	-2,2	0,6	-2,4	-0,1	-1,5	-4,1
2004	-0,7	2,4	4,7	2,4	-3,4	-3,2	-4,0	-2,1	0,3	-1,9	0,1	-1,5	-3,2
2005	-0,9	2,3	4,1	2,1	-3,0	-4,3	-4,6	-1,8	0,1	-2,4	0,0	-1,2	-3,5
2006	-0,6	2,7	4,7	2,5	-3,0	-3,7	-4,4	-1,9	0,2	-1,6	0,5	-0,7	-3,5
2007	0,1	3,8	5,4	3,7	-1,9	-3,4	-3,8	-1,2	0,2	-1,5	0,6	-0,4	-3,1
2008	0,0	3,8	5,3	3,7	-2,5	-3,1	-3,6	-1,5	0,4	-1,6	0,6	-0,6	-3,2
2009	0,1	3,4	5,7	3,8	-2,6	-3,3	-4,2	-1,0	0,8	-1,3	0,9	0,7	-3,4
2010	0,3	3,7	6,1	3,9	-2,4	-2,4	-3,5	-1,0	1,2	-1,5	0,6	0,9	-3,6
2011	0,5	4,4	6,5	3,8	-2,2	-1,9	-3,8	-1,2	1,7	-1,0	1,1	-0,1	-3,0
2012	0,7	4,7	7,1	3,5	-1,8	-2,9	-3,8	-0,8	1,7	-1,0	1,8	1,5	-3,2
2013	0,7	4,6	6,3	3,9	-2,6	-2,9	-3,4	-0,6	2,4	-1,5	1,3	0,8	-3,0

¹⁾ Je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
(Datenquelle: Afs Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.3 c:
Geburtenüberschuss (1991 - 2014)
 - Deutschland und Bundesländer

Jahr	Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung ¹⁾ in ...																
	Deutschland insgesamt	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
1991	-1,0	2,2	1,1	-3,8	-1,0	-2,2	2,7	-0,4	0,5	-0,5	0,4	-0,3	-1,5	-3,8	2,4	-0,9	-1,8
1992	-0,9	2,1	1,1	-3,6	-5,4	-2,7	-3,0	-0,5	-4,1	-0,3	0,3	-0,3	-1,5	-7,3	-6,6	-0,9	-5,6
1993	-1,2	2,1	1,1	-3,6	-6,2	-2,2	-2,4	-0,4	-5,1	0,1	0,5	0,0	-1,5	-7,8	-6,9	-0,6	-6,1
1994	-1,4	1,9	1,0	-3,5	-6,6	-2,9	-2,6	-0,4	-5,5	-0,1	0,0	-0,4	-2,2	-7,9	-7,3	-1,0	-6,5
1995	-1,5	1,6	0,5	-3,1	-6,3	-2,7	-2,4	-0,5	-5,9	-0,5	-0,4	-0,6	-2,5	-7,7	-7,1	-1,2	-6,4
1996	-1,1	1,4	0,3	-2,4	-5,5	-2,9	-2,6	-0,6	-5,1	-0,8	-0,6	-0,8	-2,7	-7,3	-6,9	-1,4	-6,1
1997	-0,6	1,5	0,5	-1,8	-4,9	-2,1	-2,1	-0,2	-4,1	-0,2	-0,3	-0,7	-2,4	-6,3	-6,0	-0,9	-5,3
1998	-0,8	1,9	0,8	-1,6	-4,1	-2,1	-1,4	0,3	-3,2	0,2	0,0	-0,4	-2,3	-5,4	-5,0	-0,4	-4,5
1999	-0,9	1,4	0,5	-1,5	-3,6	-2,2	-1,8	-0,1	-3,0	-0,2	-0,4	-0,8	-3,1	-4,8	-5,0	-0,8	-4,2
2000	-0,9	1,1	0,3	-1,1	-3,1	-2,4	-1,5	-0,3	-2,7	-0,3	-0,7	-1,1	-3,6	-4,3	-4,5	-1,0	-3,9
2001	-1,1	1,0	0,2	-1,2	-2,9	-2,4	-1,2	-0,3	-2,3	-0,4	-0,7	-1,1	-3,3	-3,9	-4,3	-1,0	-3,5
2002	-1,5	0,7	-0,2	-1,4	-3,2	-2,5	-1,2	-0,5	-2,4	-0,9	-0,9	-1,6	-3,9	-3,9	-4,4	-1,4	-3,4
2003	-1,8	0,4	-0,5	-1,3	-3,4	-3,3	-1,6	-0,8	-2,8	-1,3	-1,4	-2,0	-4,2	-4,3	-4,9	-1,8	-3,7
2004	-1,4	0,0	-0,8	-0,7	-3,5	-3,1	-1,2	-1,2	-2,8	-1,8	-1,7	-2,4	-4,9	-4,3	-5,0	-2,2	-3,9
2005	-1,8	0,5	-0,4	-0,9	-3,0	-2,9	-0,8	-0,7	-2,4	-1,4	-1,5	-2,0	-4,1	-3,5	-4,7	-2,0	-3,4
2006	-1,8	0,0	-1,0	-0,6	-3,2	-2,9	-0,7	-0,8	-2,9	-2,0	-1,8	-2,5	-4,6	-3,8	-4,9	-2,3	-3,8
2007	-1,7	-0,1	-1,1	0,1	-3,3	-2,6	-0,6	-1,1	-2,7	-2,1	-1,9	-2,5	-4,8	-3,7	-5,0	-2,5	-4,0
2008	-2,0	-0,1	-0,9	0,0	-3,2	-2,6	-0,2	-1,1	-2,9	-2,1	-1,9	-2,4	-4,9	-3,6	-4,9	-2,5	-3,8
2009	-2,3	-0,4	-1,2	0,1	-3,2	-2,7	-0,2	-1,4	-2,8	-2,5	-2,2	-2,7	-5,2	-3,5	-5,1	-2,8	-3,9
2010	-2,2	-0,7	-1,5	0,3	-3,5	-3,3	-0,2	-1,6	-3,2	-3,0	-2,6	-3,2	-5,5	-3,9	-5,6	-3,2	-4,4
2011	-2,4	-0,8	-1,4	0,5	-3,6	-2,9	0,2	-1,4	-3,3	-2,9	-2,5	-3,0	-5,1	-3,8	-5,7	-3,0	-4,1
2012	-2,4	-0,8	-1,6	0,7	-3,9	-3,1	0,0	-1,5	-3,7	-3,1	-2,6	-3,1	-5,2	-4,0	-5,8	-3,4	-4,4
2013	-2,6	-1,0	-1,4	0,7	-4,6	-3,3	0,5	-1,9	-4,5	-3,9	-3,1	-3,4	-6,0	-4,5	-6,5	-3,9	-4,7
2014	-1,9	-0,5	-0,8	1,5	-3,9	-1,9	1,3	-1,1	-3,8	-2,7	-2,1	-2,7	-5,3	-3,8	-6,1	-3,1	-4,2

¹⁾ je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
 (Datenquelle: StBA / AFS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.4 a:
Lebendgeborene / Totgeborene (1991 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Berlin			Deutschland		
	Lebendgeborene	Totgeborene	Geborene	Lebendgeborene	Totgeborene	Geborene
1991	30.562	82	30.644	830.019	2.741	832.760
1992	29.667	77	29.744	809.114	2.660	811.774
1993	28.724	79	28.803	798.447	2.467	800.914
1994	28.503	105	28.608	769.603	3.113	772.716
1995	28.648	127	28.775	765.221	3.405	768.626
1996	29.905	163	30.068	796.013	3.573	799.586
1997	30.369	171	30.540	812.173	3.510	815.683
1998	29.612	146	29.758	785.034	3.190	788.224
1999	29.856	166	30.022	770.744	3.118	773.862
2000	29.695	162	29.857	766.999	3.084	770.083
2001	28.624	118	28.742	734.475	2.881	737.356
2002	28.801	131	28.932	719.250	2.700	721.950
2003	28.723	128	28.851	706.721	2.699	709.420
2004	29.446	156	29.602	705.622	2.728	708.350
2005	28.976	122	29.098	685.795	2.487	688.282
2006	29.627	110	29.737	672.724	2.420	675.144
2007	31.174	118	31.292	684.862	2.371	687.233
2008	31.936	130	32.066	682.514	2.412	684.926
2009	32.104	112	32.216	665.126	2.338	667.464
2010	33.393	161	33.554	677.947	2.466	680.413
2011	33.075	145	33.220	662.685	2.387	665.072
2012	34.678	156	34.834	673.544	2.400	675.944
2013	35.038	175	35.213	682.069	2.556	684.625
2014	37.368	167	37.535	714.927	2.597	717.524

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

Tabelle 2.4 b:
Lebendgeborene / Totgeborene (1991 - 2013)
 - Berlin und Bezirke

Jahr	Lebendgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	30.562	3.907	3.202	2.088	2.908	2.029	2.446	3.351	3.333	1.277	2.167	1.719	2.135
1992	29.667	3.890	2.969	1.877	2.802	2.027	2.474	3.360	3.418	1.081	2.032	1.506	2.231
1993	28.724	3.587	2.929	1.826	2.776	1.888	2.442	3.317	3.392	1.063	1.944	1.458	2.102
1994	28.503	3.570	2.961	1.939	2.756	1.906	2.399	3.210	3.234	1.060	1.802	1.504	2.162
1995	28.648	3.517	2.896	2.166	2.698	1.990	2.293	3.055	3.442	1.150	1.776	1.631	2.034
1996	29.905	3.646	3.011	2.306	2.765	1.996	2.427	3.274	3.375	1.380	1.799	1.741	2.185
1997	30.369	3.631	2.992	2.644	2.794	1.966	2.423	3.251	3.419	1.384	1.852	1.835	2.178
1998	29.612	3.552	2.839	2.732	2.691	1.930	2.381	3.061	3.350	1.520	1.753	1.776	2.027
1999	29.856	3.440	2.948	2.979	2.529	1.864	2.273	3.046	3.373	1.615	1.833	1.852	2.104
2000	29.695	3.514	2.880	3.059	2.503	1.908	2.189	2.994	3.255	1.678	1.886	1.901	1.928
2001	28.624	3.431	2.737	3.130	2.394	1.764	2.170	2.870	3.070	1.717	1.715	1.737	1.889
2002	28.801	3.471	2.716	3.236	2.398	1.784	2.158	2.855	2.959	1.685	1.761	1.955	1.823
2003	28.723	3.445	2.809	3.230	2.425	1.714	2.115	2.719	3.087	1.729	1.772	1.898	1.780
2004	29.446	3.540	2.927	3.628	2.283	1.783	2.129	2.755	2.986	1.799	1.827	1.939	1.850
2005	28.976	3.498	2.857	3.604	2.300	1.645	2.011	2.689	2.927	1.704	1.922	2.043	1.776
2006	29.627	3.580	3.033	3.731	2.268	1.752	1.971	2.636	2.965	1.834	1.986	2.136	1.735
2007	31.174	3.723	3.183	4.144	2.446	1.813	1.987	2.724	3.014	1.922	2.132	2.255	1.831
2008	31.936	3.833	3.132	4.344	2.358	1.931	2.139	2.721	3.046	2.086	2.162	2.289	1.895
2009	32.104	3.743	3.202	4.259	2.390	1.829	2.081	2.767	3.081	2.132	2.225	2.540	1.855
2010	33.393	3.846	3.296	4.421	2.432	2.000	2.200	2.872	3.299	2.177	2.258	2.655	1.937
2011	33.075	3.900	3.223	4.317	2.370	2.008	2.154	2.787	3.298	2.195	2.322	2.535	1.966
2012	34.678	3.990	3.351	4.317	2.589	2.018	2.225	2.818	3.494	2.335	2.521	2.912	2.108
2013	35.038	4.123	3.339	4.496	2.497	1.998	2.332	2.968	3.554	2.336	2.511	2.706	2.178

Jahr	Totgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	82	8	7	7	7	.	13	7	11	3	6	5	6
1992	77	9	9	8	9	0	4	8	10	.	5	7	6
1993	79	14	13	3	6	4	7	12	.	.	5	4	7
1994	105	10	8	11	6	12	8	15	14	4	7	5	5
1995	127	15	15	8	8	7	6	16	20	4	11	10	7
1996	163	27	14	11	18	13	11	18	21	4	8	5	13
1997	171	25	26	13	16	13	7	18	12	6	13	10	12
1998	146	11	19	15	15	13	7	14	16	10	10	6	10
1999	166	26	18	22	11	12	7	12	22	8	9	11	8
2000	162	31	17	18	9	10	15	9	14	6	16	13	4
2001	118	13	20	12	9	5	7	15	17	4	.	7	7
2002	131	15	10	15	8	8	6	19	15	8	12	8	7
2003	128	8	20	18	9	4	5	10	19	9	4	13	9
2004	156	8	18	19	10	10	14	10	17	11	5	22	12
2005	122	16	14	11	14	12	3	9	8	7	8	10	10
2006	110	14	12	13	9	8	6	6	12	8	7	11	4
2007	118	16	8	12	5	6	8	16	17	5	13	8	4
2008	130	15	16	21	9	11	5	14	13	8	9	8	.
2009	112	13	9	10	8	4	6	9	16	12	7	14	4
2010	161	14	14	20	18	8	10	13	16	14	12	16	6
2011	145	12	9	28	11	10	9	6	22	15	5	9	9
2012	156	16	16	13	14	11	9	9	21	13	16	14	4
2013	175	23	17	25	12	6	10	11	23	14	12	16	6

noch Tabelle 2.4 b:
Lebendgeborene / Totgeborene (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke

Jahr	Geborene insgesamt in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	30.644	3.915	3.209	2.095	2.915	2.031	2.459	3.358	3.344	1.280	2.173	1.724	2.141
1992	29.744	3.899	2.978	1.885	2.811	2.027	2.478	3.368	3.428	1.083	2.037	1.513	2.237
1993	28.803	3.601	2.942	1.829	2.782	1.892	2.449	3.329	3.394	1.065	1.949	1.462	2.109
1994	28.608	3.580	2.969	1.950	2.762	1.918	2.407	3.225	3.248	1.064	1.809	1.509	2.167
1995	28.775	3.532	2.911	2.174	2.706	1.997	2.299	3.071	3.462	1.154	1.787	1.641	2.041
1996	30.068	3.673	3.025	2.317	2.783	2.009	2.438	3.292	3.396	1.384	1.807	1.746	2.198
1997	30.540	3.656	3.018	2.657	2.810	1.979	2.430	3.269	3.431	1.390	1.865	1.845	2.190
1998	29.758	3.563	2.858	2.747	2.706	1.943	2.388	3.075	3.366	1.530	1.763	1.782	2.037
1999	30.022	3.466	2.966	3.001	2.540	1.876	2.280	3.058	3.395	1.623	1.842	1.863	2.112
2000	29.857	3.545	2.897	3.077	2.512	1.918	2.204	3.003	3.269	1.684	1.902	1.914	1.932
2001	28.742	3.444	2.757	3.142	2.403	1.769	2.177	2.885	3.087	1.721	1.717	1.744	1.896
2002	28.932	3.486	2.726	3.251	2.406	1.792	2.164	2.874	2.974	1.693	1.773	1.963	1.830
2003	28.851	3.453	2.829	3.248	2.434	1.718	2.120	2.729	3.106	1.738	1.776	1.911	1.789
2004	29.602	3.548	2.945	3.647	2.293	1.793	2.143	2.765	3.003	1.810	1.832	1.961	1.862
2005	29.098	3.514	2.871	3.615	2.314	1.657	2.014	2.698	2.935	1.711	1.930	2.053	1.786
2006	29.737	3.594	3.045	3.744	2.277	1.760	1.977	2.642	2.977	1.842	1.993	2.147	1.739
2007	31.292	3.739	3.191	4.156	2.451	1.819	1.995	2.740	3.031	1.927	2.145	2.263	1.835
2008	32.066	3.848	3.148	4.365	2.367	1.942	2.144	2.735	3.059	2.094	2.171	2.297	1.896
2009	32.216	3.756	3.211	4.269	2.398	1.833	2.087	2.776	3.097	2.144	2.232	2.554	1.859
2010	33.554	3.860	3.310	4.441	2.450	2.008	2.210	2.885	3.315	2.191	2.270	2.671	1.943
2011	33.220	3.912	3.232	4.345	2.381	2.018	2.163	2.793	3.320	2.210	2.327	2.544	1.975
2012	34.834	4.006	3.367	4.330	2.603	2.029	2.234	2.827	3.515	2.348	2.537	2.926	2.112
2013	35.213	4.146	3.356	4.521	2.509	2.004	2.342	2.979	3.577	2.350	2.523	2.722	2.184

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

Tabelle 2.5 a:
Geburtsgewicht (1991 - 2013)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Berlin			Deutschland			Vgl. Berlin zu Deutschland Anteil an ... in %		
	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / absolut	dar. < 1.500 g / absolut	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / absolut	dar. < 1.500 g / absolut	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / absolut	dar. < 1.500 g / absolut
1991	30.562	1.829	251	830.019	47.863	6.799	3,7	3,8	3,7
1992	29.667	1.776	259	809.114	46.646	6.864	3,7	3,8	3,8
1993	28.724	1.739	274	798.447	46.106	6.979	3,6	3,8	3,9
1994	28.503	1.725	274	769.603	46.194	7.140	3,7	3,7	3,8
1995	28.648	1.738	261	765.221	46.673	7.356	3,7	3,7	3,5
1996	29.905	1.883	312	796.013	48.821	7.998	3,8	3,9	3,9
1997	30.369	1.864	294	812.173	50.051	8.189	3,7	3,7	3,6
1998	29.612	1.932	311	785.034	49.853	8.257	3,8	3,9	3,8
1999	29.856	2.011	362	770.744	50.294	8.422	3,9	4,0	4,3
2000	29.695	1.879	320	766.999	49.264	8.311	3,9	3,8	3,9
2001	28.624	1.835	305	734.475	48.101	8.116	3,9	3,8	3,8
2002	28.801	1.946	307	719.250	48.278	8.181	4,0	4,0	3,8
2003	28.723	1.884	318	706.721	47.851	7.977	4,1	3,9	4,0
2004	29.446	1.918	337	705.622	48.983	8.332	4,2	3,9	4,0
2005	28.976	1.857	287	685.795	46.517	8.090	4,2	4,0	3,5
2006	29.627	2.007	328	672.724	45.818	8.047	4,4	4,4	4,1
2007	31.174	2.104	367	684.862	46.978	8.527	4,6	4,5	4,3
2008	31.936	2.111	383	682.514	46.206	8.242	4,7	4,6	4,6
2009	32.104	2.221	385	665.126	45.988	8.273	4,8	4,8	4,7
2010	33.393	2.224	395	677.947	46.746	8.443	4,9	4,8	4,7
2011	33.075	2.211	393	662.685	45.953	8.173	5,0	4,8	4,8
2012	34.678	2.359	445	673.544	46.492	8.503	5,1	5,1	5,2
2013	35.038	2.231	416	682.069	45.345	8.063	5,1	4,9	5,2

Jahr	Berlin			Deutschland			Vgl. Berlin zu Deutschland Anteil / Raten / in %		
	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / je 1.000 LG ¹⁾	dar. < 1.500 g / je 1.000 LG ¹⁾	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / je 1.000 LG ¹⁾	dar. < 1.500 g / je 1.000 LG ¹⁾	Lebend- geborene	dar. < 2.500 g / absolut	dar. < 1.500 g / absolut
1991	30.562	59,8	8,2	830.019	57,7	8,2	3,7	3,8	0,3
1992	29.667	59,9	8,7	809.114	57,7	8,5	3,7	3,8	2,9
1993	28.724	60,5	9,5	798.447	57,7	8,7	3,6	4,8	9,1
1994	28.503	60,5	9,6	769.603	60,0	9,3	3,7	0,8	3,6
1995	28.648	60,7	9,1	765.221	61,0	9,6	3,7	-0,5	-5,2
1996	29.905	63,0	10,4	796.013	61,3	10,0	3,8	2,7	3,8
1997	30.369	61,4	9,7	812.173	61,6	10,1	3,7	-0,4	-4,0
1998	29.612	65,2	10,5	785.034	63,5	10,5	3,8	2,7	-0,1
1999	29.856	67,4	12,1	770.744	65,3	10,9	3,9	3,2	11,0
2000	29.695	63,3	10,8	766.999	64,2	10,8	3,9	-1,5	-0,5
2001	28.624	64,1	10,7	734.475	65,5	11,1	3,9	-2,1	-3,6
2002	28.801	67,6	10,7	719.250	67,1	11,4	4,0	0,7	-6,3
2003	28.723	65,6	11,1	706.721	67,7	11,3	4,1	-3,1	-1,9
2004	29.446	65,1	11,4	705.622	69,4	11,8	4,2	-6,2	-3,1
2005	28.976	64,1	9,9	685.795	67,8	11,8	4,2	-5,5	-16,0
2006	29.627	67,7	11,1	672.724	68,1	12,0	4,4	-0,5	-7,4
2007	31.174	67,5	11,8	684.862	68,6	12,5	4,6	-1,6	-5,4
2008	31.936	66,1	12,0	682.514	67,7	12,1	4,7	-2,4	-0,7
2009	32.104	69,2	12,0	665.126	69,1	12,4	4,8	0,1	-3,6
2010	33.393	66,6	11,8	677.947	69,0	12,5	4,9	-3,4	-5,0
2011	33.075	66,8	11,9	662.685	69,3	12,3	5,0	-3,6	-3,7
2012	34.678	68,0	12,8	673.544	69,0	12,6	5,1	-1,4	1,6
2013 ²⁾	35.038	63,7	11,9	682.069	66,5	11,8	5,0	-4,2	0,7
2013 ³⁾	33.072	67,5	12,6	682.069	68,3	12,5	5,0	-1,2	0,8

¹⁾ LG = Lebendgeborene.

²⁾ Je 1.000 LG inkl. Geburtsgewicht unbekannt / in Berlin n = 1.966. ³⁾ Je 1.000 LG Geburtsgewicht bekannt.

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

Tabelle 2.5 b:
Geburtsgewicht (2001 - 2013)
- Berlin und Bezirke

Jahr	Lebendgeborene in ... absolut												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	28.624	3.431	2.737	3.130	2.394	1.764	2.170	2.870	3.070	1.717	1.715	1.737	1.889
2002	28.801	3.471	2.716	3.236	2.398	1.784	2.158	2.855	2.959	1.685	1.761	1.955	1.823
2003	28.723	3.445	2.809	3.230	2.425	1.714	2.115	2.719	3.087	1.729	1.772	1.898	1.780
2004	29.446	3.540	2.927	3.628	2.283	1.783	2.129	2.755	2.986	1.799	1.827	1.939	1.850
2005	28.976	3.498	2.857	3.604	2.300	1.645	2.011	2.689	2.927	1.704	1.922	2.043	1.776
2006	29.627	3.580	3.033	3.731	2.268	1.752	1.971	2.636	2.965	1.834	1.986	2.136	1.735
2007	31.174	3.723	3.183	4.144	2.446	1.813	1.987	2.724	3.014	1.922	2.132	2.255	1.831
2008	31.936	3.833	3.132	4.344	2.358	1.931	2.139	2.721	3.046	2.086	2.162	2.289	1.895
2009	32.104	3.743	3.202	4.259	2.390	1.829	2.081	2.767	3.081	2.132	2.225	2.540	1.855
2010	33.393	3.846	3.296	4.421	2.432	2.000	2.200	2.872	3.299	2.177	2.258	2.655	1.937
2011	33.075	3.900	3.223	4.317	2.370	2.008	2.154	2.787	3.298	2.195	2.322	2.535	1.966
2012	34.678	3.990	3.351	4.317	2.589	2.018	2.225	2.818	3.494	2.335	2.521	2.912	2.108
2013	35.038	4.123	3.339	4.496	2.497	1.998	2.332	2.968	3.554	2.336	2.511	2.706	2.178

Jahr	Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 2.500 g in ... absolut												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	1.835	237	219	166	144	117	137	174	175	122	122	102	120
2002	1.946	275	161	167	155	138	157	173	218	120	118	140	124
2003	1.884	264	171	168	163	123	141	188	212	135	98	113	108
2004	1.918	274	193	202	128	133	132	164	210	106	120	127	129
2005	1.857	216	157	205	136	130	97	194	229	109	120	134	130
2006	2.007	260	192	213	156	144	136	162	234	121	131	149	109
2007	2.104	228	163	238	185	155	133	185	214	133	169	157	144
2008	2.111	254	184	231	160	149	117	187	253	117	146	168	145
2009	2.221	270	182	269	180	138	132	191	237	146	181	179	128
2010	2.224	258	215	262	152	152	128	193	240	144	168	181	131
2011	2.211	256	191	254	143	151	139	169	254	155	147	190	162
2012	2.359	287	211	251	169	148	141	196	269	176	190	161	160
2013	2.231	269	183	277	150	123	151	193	261	126	158	195	145

Jahr	Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 1.500 g in ... absolut												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	305	33	35	30	32	13	19	18	42	15	22	19	27
2002	307	47	24	25	29	19	23	23	36	14	27	22	18
2003	318	59	36	20	26	18	17	31	38	18	14	24	17
2004	337	54	36	38	25	14	25	23	35	18	24	21	24
2005	287	35	34	20	20	28	11	32	36	16	17	19	19
2006	328	45	32	29	18	32	19	28	30	26	21	34	14
2007	367	42	25	35	28	23	14	35	42	27	30	33	33
2008	383	43	43	36	23	26	22	28	61	16	25	32	28
2009	385	67	28	39	26	19	14	49	37	19	34	38	27
2010	395	52	42	37	31	25	18	37	57	16	31	30	19
2011	393	49	36	36	22	29	32	37	49	23	22	31	27
2012	445	61	39	43	26	27	32	36	60	39	33	27	22
2013	416	52	33	51	26	22	23	38	52	19	29	43	28

noch Tabelle 2.5 b:
Geburtsgewicht (2001 - 2013)
- Berlin und Bezirke

Jahr	Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 2.500 g in ... je 1.000 Lebendgeborene												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	64,1	69,1	80,0	53,0	60,2	66,3	63,1	60,6	57,0	71,1	71,1	58,7	63,5
2002	67,6	79,2	59,3	51,6	64,6	77,4	72,8	60,6	73,7	71,2	67,0	71,6	68,0
2003	65,6	76,6	60,9	52,0	67,2	71,8	66,7	69,1	68,7	78,1	55,3	59,5	60,7
2004	65,1	77,4	65,9	55,7	56,1	74,6	62,0	59,5	70,3	58,9	65,7	65,5	69,7
2005	64,1	61,7	55,0	56,9	59,1	79,0	48,2	72,1	78,2	64,0	62,4	65,6	73,2
2006	67,7	72,6	63,3	57,1	68,8	82,2	69,0	61,5	78,9	66,0	66,0	69,8	62,8
2007	67,5	61,2	51,2	57,4	75,6	85,5	66,9	67,9	71,0	69,2	79,3	69,6	78,6
2008	66,1	66,3	58,7	53,2	67,9	77,2	54,7	68,7	83,1	56,1	67,5	73,4	76,5
2009	69,2	72,1	56,8	63,2	75,3	75,5	63,4	69,0	76,9	68,5	81,3	70,5	69,0
2010	66,6	67,1	65,2	59,3	62,5	76,0	58,2	67,2	72,7	66,1	74,4	68,2	67,6
2011	66,8	65,6	59,3	58,8	60,3	75,2	64,5	60,6	77,0	70,6	63,3	75,0	82,4
2012	68,0	71,9	63,0	58,1	65,3	73,3	63,4	69,6	77,0	75,4	75,4	55,3	75,9
2013	63,7	65,2	54,8	61,6	60,1	61,6	64,8	65,0	73,4	53,9	62,9	72,1	66,6

Jahr	Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 1.500 g in ... je 1.000 Lebendgeborene												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	10,7	9,6	12,8	9,6	13,4	7,4	8,8	6,3	13,7	8,7	12,8	10,9	14,3
2002	10,7	13,5	8,8	7,7	12,1	10,7	10,7	8,1	12,2	8,3	15,3	11,3	9,9
2003	11,1	17,1	12,8	6,2	10,7	10,5	8,0	11,4	12,3	10,4	7,9	12,6	9,6
2004	11,4	15,3	12,3	10,5	11,0	7,9	11,7	8,3	11,7	10,0	13,1	10,8	13,0
2005	9,9	10,0	11,9	5,5	8,7	17,0	5,5	11,9	12,3	9,4	8,8	9,3	10,7
2006	11,1	12,6	10,6	7,8	7,9	18,3	9,6	10,6	10,1	14,2	10,6	15,9	8,1
2007	11,8	11,3	7,9	8,4	11,4	12,7	7,0	12,8	13,9	14,0	14,1	14,6	18,0
2008	12,0	11,2	13,7	8,3	9,8	13,5	10,3	10,3	20,0	7,7	11,6	14,0	14,8
2009	12,0	17,9	8,7	9,2	10,9	10,4	6,7	17,7	12,0	8,9	15,3	15,0	14,6
2010	11,8	13,5	12,7	8,4	12,7	12,5	8,2	12,9	17,3	7,3	13,7	11,3	9,8
2011	11,9	12,6	11,2	8,3	9,3	14,4	14,9	13,3	14,9	10,5	9,5	12,2	13,7
2012	12,8	15,3	11,6	10,0	10,0	13,4	14,4	12,8	17,2	16,7	13,1	9,3	10,4
2013	11,9	12,6	9,9	11,3	10,4	11,0	9,9	12,8	14,6	8,1	11,5	15,9	12,9

Jahr	Vgl. zu Berlin / Lebendgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 1.500 g in ... je 1.000 Lebendgeborene / in %												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
2001	100,0	-10,1	19,5	-10,4	24,9	-31,1	-18,2	-41,4	27,9	-18,4	19,9	2,2	33,6
2002	100,0	26,5	-17,4	-27,8	13,0	-0,5	-0,4	-24,7	13,7	-22,3	43,3	5,2	-7,7
2003	100,0	54,3	15,5	-44,2	-3,4	-5,4	-27,6	2,7	10,9	-6,2	-28,8	13,9	-14,0
2004	100,0	33,8	7,9	-8,1	-3,9	-31,1	3,0	-26,8	2,8	-12,2	15,2	-5,0	13,8
2005	100,0	1,1	20,2	-43,9	-12,2	71,9	-44,7	20,2	24,2	-5,2	-10,7	-6,1	8,1
2006	100,0	13,2	-4,9	-30,0	-28,5	64,5	-13,2	-4,3	-8,8	27,7	-4,7	43,4	-27,3
2007	100,0	-4,4	-33,4	-28,4	-3,0	7,5	-40,3	8,9	18,1	19,0	19,2	24,0	52,7
2008	100,0	-6,5	14,4	-30,9	-18,7	12,2	-14,3	-14,2	66,9	-36,1	-3,6	16,5	23,1
2009	100,0	49,2	-27,1	-23,7	-9,3	-13,4	-43,9	47,6	0,1	-25,7	27,3	24,7	21,3
2010	100,0	14,6	8,0	-29,1	8,0	5,9	-30,7	9,2	46,4	-37,7	16,3	-4,2	-16,9
2011	100,0	5,6	-6,1	-29,9	-22,0	21,4	24,8	11,6	24,9	-11,9	-20,4	2,8	15,4
2012	100,0	19,4	-9,1	-22,2	-21,5	4,5	12,4	-0,2	34,2	30,5	2,3	-27,6	-18,5
2013	100,0	17,9	-7,6	6,0	-2,7	2,9	-7,8	19,7	36,7	-24,0	7,9	48,5	20,1

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

Tabelle 2.6:
Lebendgeborene / Alter der Mütter (2000 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Alter der Mütter in Jahren ... in Berlin											
	Lebendgeborene insgesamt	< 15	15 - 17	18 - 19	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	> 50
absolut												
2000	29.695	15	337	1.122	1.459	5.655	8.608	9.025	4.199	704	29	.
2001	28.624	19	385	1.076	1.461	5.427	7.779	8.644	4.497	773	24	-
2002	28.801	9	426	972	1.398	5.390	7.805	8.546	4.785	834	32	.
2003	28.723	10	377	918	1.295	5.257	7.834	8.447	4.880	969	27	4
2004	29.446	14	396	900	1.296	5.177	8.161	8.466	5.217	1.078	35	.
2005	28.976	6	332	913	1.245	5.223	7.997	8.145	5.171	1.138	47	4
2006	29.627	10	293	858	1.151	4.964	8.682	8.199	5.288	1.284	48	.
2007	31.174	9	276	822	1.098	5.149	8.902	8.847	5.744	1.364	56	5
2008	31.936	4	262	800	1.062	4.937	9.280	9.277	5.839	1.462	71	4
2009	32.104	7	258	754	1.012	4.725	9.132	9.816	5.794	1.535	79	4
2010	33.393	5	276	675	951	4.872	9.436	10.536	6.027	1.481	83	.
2011	33.075	8	259	619	878	4.425	9.106	10.731	6.226	1.619	78	4
2012	34.678	7	250	654	904	4.429	9.567	11.576	6.530	1.585	75	5
2013	35.038	6	258	637	895	4.200	9.556	11.857	6.756	1.650	106	12
2014	37.368	5	279	623	902	3.970	10.216	12.920	7.523	1.746	80	6
in %												
2000	100	0,1	1,1	3,8	4,9	19,0	29,0	30,4	14,1	2,4	0,1	0,0
2001	100	0,1	1,3	3,8	5,1	19,0	27,2	30,2	15,7	2,7	0,1	-
2002	100	0,0	1,5	3,4	4,9	18,7	27,1	29,7	16,6	2,9	0,1	0,0
2003	100	0,0	1,3	3,2	4,5	18,3	27,3	29,4	17,0	3,4	0,1	0,0
2004	100	0,0	1,3	3,1	4,4	17,6	27,7	28,8	17,7	3,7	0,1	0,0
2005	100	0,0	1,1	3,2	4,3	18,0	27,6	28,1	17,8	3,9	0,2	0,0
2006	100	0,0	1,0	2,9	3,9	16,8	29,3	27,7	17,8	4,3	0,2	0,0
2007	100	0,0	0,9	2,6	3,5	16,5	28,6	28,4	18,4	4,4	0,2	0,0
2008	100	0,0	0,8	2,5	3,3	15,5	29,1	29,0	18,3	4,6	0,2	0,0
2009	100	0,0	0,8	2,3	3,2	14,7	28,4	30,6	18,0	4,8	0,2	0,0
2010	100	0,0	0,8	2,0	2,8	14,6	28,3	31,6	18,0	4,4	0,2	0,0
2011	100	0,0	0,8	1,9	2,7	13,4	27,5	32,4	18,8	4,9	0,2	0,0
2012	100	0,0	0,7	1,9	2,6	12,8	27,6	33,4	18,8	4,6	0,2	0,0
2013	100	0,0	0,7	1,8	2,6	12,0	27,3	33,8	19,3	4,7	0,3	0,0
2014	100	0,0	0,7	1,7	2,4	10,6	27,3	34,6	20,1	4,7	0,2	0,0

noch Tabelle 2.6:
Lebendgeborene / Alter der Mütter (2000 - 2014)
 - Berlin und Deutschland

Jahr	Alter der Mütter in Jahren ... in Deutschland											
	Lebendgeborene insgesamt	< 15	15 - 17	18 - 19	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	> 50
absolut												
2000	766.998	161	6.965	22.175	29.140	127.903	229.329	258.925	105.607	15.435	481	17
2001	734.475	210	7.237	21.921	29.158	126.140	209.534	244.724	108.187	15.948	537	37
2002	719.250	197	7.398	20.508	27.906	123.678	200.532	235.963	113.006	17.402	549	17
2003	706.721	182	7.113	19.433	26.546	120.894	198.749	224.356	116.917	18.446	614	17
2004	705.622	170	6.799	18.469	25.268	119.173	200.631	218.196	121.454	20.031	678	21
2005	685.795	162	6.430	18.368	24.798	113.647	197.865	207.095	119.969	21.495	743	21
2006	672.724	141	6.022	17.604	23.626	108.190	198.538	198.712	119.465	23.195	826	31
2007	684.862	148	5.664	17.066	22.730	104.731	203.212	204.900	123.205	24.962	936	38
2008	682.514	130	5.483	16.211	21.694	100.731	202.380	208.658	121.125	26.724	1.042	30
2009	665.126	120	4.717	14.747	19.464	95.577	196.751	208.927	116.061	27.034	1.138	54
2010	677.947	111	4.487	13.937	18.424	94.494	198.300	220.064	117.668	27.583	1.236	67
2011	662.685	117	4.102	12.357	16.459	88.777	191.010	222.218	115.634	27.131	1.256	83
2012	673.544	114	4.012	11.798	15.810	86.937	192.502	231.045	118.681	26.987	1.387	81
2013	682.069	105	4.007	11.260	15.267	82.600	193.099	238.674	124.151	26.666	1.420	87
2014	714.927	136	4.170	11.194	15.364	80.452	202.823	253.709	133.356	27.512	1.483	92
in %												
2000	100	0,0	0,9	2,9	3,8	16,7	29,9	33,8	13,8	2,0	0,1	0,0
2001	100	0,0	1,0	3,0	4,0	17,2	28,5	33,3	14,7	2,2	0,1	0,0
2002	100	0,0	1,0	2,9	3,9	17,2	27,9	32,8	15,7	2,4	0,1	0,0
2003	100	0,0	1,0	2,7	3,8	17,1	28,1	31,7	16,5	2,6	0,1	0,0
2004	100	0,0	1,0	2,6	3,6	16,9	28,4	30,9	17,2	2,8	0,1	0,0
2005	100	0,0	0,9	2,7	3,6	16,6	28,9	30,2	17,5	3,1	0,1	0,0
2006	100	0,0	0,9	2,6	3,5	16,1	29,5	29,5	17,8	3,4	0,1	0,0
2007	100	0,0	0,8	2,5	3,3	15,3	29,7	29,9	18,0	3,6	0,1	0,0
2008	100	0,0	0,8	2,4	3,2	14,8	29,7	30,6	17,7	3,9	0,2	0,0
2009	100	0,0	0,7	2,2	2,9	14,4	29,6	31,4	17,4	4,1	0,2	0,0
2010	100	0,0	0,7	2,1	2,7	13,9	29,3	32,5	17,4	4,1	0,2	0,0
2011	100	0,0	0,6	1,9	2,5	13,4	28,8	33,5	17,4	4,1	0,2	0,0
2012	100	0,0	0,6	1,8	2,3	12,9	28,6	34,3	17,6	4,0	0,2	0,0
2013	100	0,0	0,6	1,7	2,2	12,1	28,3	35,0	18,2	3,9	0,2	0,0
2014	100	0,0	0,6	1,6	2,1	11,3	28,4	35,5	18,7	3,8	0,2	0,0
Anteil Berlin an Deutschland insgesamt / in %												
2000	3,9	9,3	4,8	5,1	5,0	4,4	3,8	3,5	4,0	4,6	6,0	5,9
2001	3,9	9,0	5,3	4,9	5,0	4,3	3,7	3,5	4,2	4,8	4,5	-
2002	4,0	4,6	5,8	4,7	5,0	4,4	3,9	3,6	4,2	4,8	5,8	11,8
2003	4,1	5,5	5,3	4,7	4,9	4,3	3,9	3,8	4,2	5,3	4,4	23,5
2004	4,2	8,2	5,8	4,9	5,1	4,3	4,1	3,9	4,3	5,4	5,2	9,5
2005	4,2	3,7	5,2	5,0	5,0	4,6	4,0	3,9	4,3	5,3	6,3	19,0
2006	4,4	7,1	4,9	4,9	4,9	4,6	4,4	4,1	4,4	5,5	5,8	3,2
2007	4,6	6,1	4,9	4,8	4,8	4,9	4,4	4,3	4,7	5,5	6,0	13,2
2008	4,7	3,1	4,8	4,9	4,9	4,9	4,6	4,4	4,8	5,5	6,8	13,3
2009	4,8	5,8	5,5	5,1	5,2	4,9	4,6	4,7	5,0	5,7	6,9	7,4
2010	4,9	4,5	6,2	4,8	5,2	5,2	4,8	4,8	5,1	5,4	6,7	3,0
2011	5,0	6,8	6,3	5,0	5,3	5,0	4,8	4,8	5,4	6,0	6,2	4,8
2012	5,1	6,1	6,2	5,5	5,7	5,1	5,0	5,0	5,5	5,9	5,4	6,2
2013	5,1	5,7	6,4	5,7	5,9	5,1	4,9	5,0	5,4	6,2	7,5	13,8
2014	5,2	3,7	6,7	5,6	5,9	4,9	5,0	5,1	5,6	6,3	5,4	6,5

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

Tabelle 2.7 a:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit (1991 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Säuglingssterblichkeit in ...								
	Berlin				Deutschland				TG
	Gestorbene absolut	je 1.000 Lebendgeborene			Gestorbene absolut	je 1.000 Lebendgeborene			
insgesamt		Deutsche	Ausländer	insgesamt		Deutsche	Ausländer		
1991	225	7,1	7,2	8,3	5.711	6,9	6,7	8,1	
1992	188	6,3	5,6	9,1	4.992	6,2	5,9	7,8	
1993	165	5,7	5,5	6,7	4.665	5,8	5,7	7,1	
1994	154	5,4	5,4	5,5	4.309	5,6	5,4	6,6	
1995	159	5,6	5,7	4,8	4.053	5,3	5,1	6,5	
1996	159	5,3	5,6	4,3	3.962	5,0	4,8	5,8	
1997	134	4,4	4,6	3,5	3.951	4,9	4,6	6,4	
1998	130	4,4	4,2	5,0	3.666	4,7	4,5	5,9	
1999	132	4,4	4,8	2,6	3.496	4,5	4,4	5,5	
2000	109	3,7	3,1	8,4	3.362	4,4	4,0	10,2	
2001	98	3,4	3,2	5,4	3.163	4,3	3,3	9,9	
2002	95	3,3	2,8	9,4	3.036	4,2	4,0	7,9	
2003	112	3,9	3,7	6,7	2.990	4,2	4,0	8,4	
2004	114	3,9	3,4	9,9	2.918	4,1	3,9	8,5	
2005	98	3,4	2,8	10,7	2.696	3,9	3,7	9,9	
2006	108	3,7	3,3	7,7	2.579	3,8	3,6	9,3	
2007	109	3,5	3,2	6,7	2.656	3,9	3,7	7,2	
2008	108	3,4	3,3	3,9	2.414	3,5	3,4	5,8	
2009	124	3,9	3,8	4,4	2.334	3,5	3,4	5,9	
2010	101	3,0	2,8	5,3	2.322	3,4	3,2	6,9	
2011	107	3,2	3,1	4,5	2.408	3,6	3,5	6,5	
2012	87	2,5	2,6	2,1	2.202	3,3	3,2	5,1	
2013	124	3,5	3,3	5,4	2.250	3,3	3,2	5,5	
2014	103	2,8	2,6	3,6	2.284	3,2	3,1	4,4	

Jahr	TG	Perinatalsterblichkeit in ...								
		Berlin				Deutschland				TG
		Fälle absolut	je 1.000 Geborene			Fälle absolut	je 1.000 Geborene			
insgesamt	Deutsche		Ausländer	insgesamt	Deutsche		Ausländer			
1991	82	171	5,6	5,5	6,0	2.741	4.842	5,8	.	.
1992	77	152	5,1	4,7	6,9	2.660	4.699	5,8	.	.
1993	79	138	4,8	4,3	6,7	2.467	4.358	5,4	.	.
1994	105	162	5,7	5,5	6,1	3.113	4.966	6,4	.	.
1995	127	207	7,2	6,8	8,8	3.405	5.244	6,8	.	.
1996	163	231	7,7	7,6	7,9	3.573	5.440	6,8	.	.
1997	171	215	7,0	6,8	8,1	3.510	5.289	6,5	.	.
1998	146	210	7,1	6,7	8,8	3.190	4.867	6,2	.	.
1999	166	220	7,3	7,3	7,3	3.118	4.803	6,2	.	.
2000	162	207	6,9	6,1	13,8	3.084	4.678	6,1	.	.
2001	118	159	5,5	4,9	11,7	2.881	4.379	5,9	.	.
2002	131	176	6,1	5,0	18,6	2.700	4.207	5,8	.	.
2003	128	182	6,3	5,6	14,1	2.699	4.193	5,9	.	.
2004	156	215	7,3	6,6	16,4	2.728	4.174	5,9	.	.
2005	122	173	5,9	5,1	17,4	2.487	3.817	5,5	.	.
2006	110	157	5,3	4,6	13,9	2.420	3.744	5,5	.	.
2007	118	173	5,5	5,2	8,8	2.371	3.795	5,5	.	.
2008	130	188	5,9	5,4	9,9	2.412	3.632	5,3	.	.
2009	112	176	5,5	5,6	4,3	2.338	3.558	5,3	.	.
2010	161	208	6,2	5,8	9,4	2.466	3.641	5,4	.	.
2011	145	196	5,9	5,5	9,1	2.387	3.637	5,5	.	.
2012	156	197	5,7	5,5	7,4	2.400	3.576	5,3	.	.
2013	175	241	6,8	6,2	11,8	2.556	3.729	5,4	.	.
2014	167	227	6,0	5,9	7,5	2.597	3.907	5,4	.	.

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

Tabelle 2.7 b:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke / Fälle absolut

Jahr	Säuglingssterblichkeit insgesamt / Fälle absolut in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	225	40	32	14	11	10	11	24	27	6	19	18	13
1992	188	18	23	12	21	15	6	20	31	5	19	4	14
1993	165	24	28	7	17	11	17	14	13	6	11	9	8
1994	154	21	21	12	12	9	9	14	22	.	9	11	12
1995	159	21	14	10	18	10	11	15	25	3	14	3	15
1996	159	22	19	11	20	9	14	20	18	.	6	10	8
1997	134	13	19	10	4	4	11	12	26	4	12	3	16
1998	130	18	17	8	9	14	9	10	25	3	8	3	6
1999	132	13	19	11	10	12	6	10	14	.	12	12	11
2000	109	25	9	11	7	14	3	4	17	3	5	3	8
2001	98	16	13	9	9	3	5	9	16	.	4	6	6
2002	95	18	9	7	14	3	7	6	12	3	7	6	3
2003	112	23	9	11	9	8	3	9	17	8	4	5	6
2004	114	19	11	12	5	4	11	5	18	5	3	7	14
2005	98	13	19	6	6	8	5	14	11	3	5	4	4
2006	108	22	10	11	7	7	2	6	11	10	8	9	5
2007	109	17	10	4	8	6	3	11	15	8	10	8	9
2008	108	15	8	9	10	9	12	6	13	.	7	11	6
2009	124	23	10	15	11	6	8	6	11	8	4	13	9
2010	101	15	8	11	5	7	5	5	18	11	.	9	5
2011	107	11	12	8	4	7	6	12	23	9	4	6	5
2012	87	11	9	5	.	6	4	9	16	7	7	6	5
2013	124	19	13	10	5	11	7	10	19	4	6	6	14

Jahr	Frühsterblichkeit / Fälle absolut in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	89	16	10	9	4	5	6	9	6	.	10	5	7
1992	75	7	11	.	8	7	4	4	16	3	5	.	6
1993	59	10	13	.	7	4	5	6	3	.	5	.	.
1994	57	6	8	4	4	7	3	7	8	-	5	.	4
1995	80	10	7	5	9	3	4	10	17	.	7	.	6
1996	68	10	11	3	8	4	5	6	6	.	4	4	6
1997	44	4	5	.	.	.	7	8	8	.	5	.	.
1998	64	9	8	.	4	10	5	6	12	-	4	.	.
1999	54	6	8	5	3	4	4	5	5	-	5	4	5
2000	45	13	3	8	6	-	3	-	7	.	.	-	.
2001	41	5	6	3	5	3	3	3	6	-	.	.	3
2002	45	10	3	3	10	-	4	.	7	-	.	3	.
2003	54	18	3	5	6	4	-	.	8	.	.	.	3
2004	59	12	3	6	4	.	7	.	7	3	.	4	9
2005	51	7	8	.	.	5	.	10	6	.	.	3	3
2006	47	13	7	.	.	3	.	4	3	5	.	4	.
2007	55	7	3	.	5	3	.	7	5	3	7	4	7
2008	58	8	5	6	4	5	9	4	4	.	5	3	4
2009	64	13	6	9	5	.	4	6	.	4	.	9	4
2010	47	9	4	5	.	3	.	3	9	7	-	4	.
2011	51	7	6	3	4	.	3	6	10	3	-	5	3
2012	41	10	4	3	.	.	.	5	11
2013	66	11	5	8	.	6	5	5	7	3	3	.	10

noch Tabelle 2.7 b:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke / Fälle absolut

Jahr	Totgeburtlichkeit / Fälle absolut in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	82	8	7	7	7	.	13	7	11	3	6	5	6
1992	77	9	9	8	9	0	4	8	10	.	5	7	6
1993	79	14	13	3	6	4	7	12	.	.	5	4	7
1994	105	10	8	11	6	12	8	15	14	4	7	5	5
1995	127	15	15	8	8	7	6	16	20	4	11	10	7
1996	163	27	14	11	18	13	11	18	21	4	8	5	13
1997	171	25	26	13	16	13	7	18	12	6	13	10	12
1998	146	11	19	15	15	13	7	14	16	10	10	6	10
1999	166	26	18	22	11	12	7	12	22	8	9	11	8
2000	162	31	17	18	9	10	15	9	14	6	16	13	4
2001	118	13	20	12	9	5	7	15	17	4	.	7	7
2002	131	15	10	15	8	8	6	19	15	8	12	8	7
2003	128	8	20	18	9	4	5	10	19	9	4	13	9
2004	156	8	18	19	10	10	14	10	17	11	5	22	12
2005	122	16	14	11	14	12	3	9	8	7	8	10	10
2006	110	14	12	13	9	8	6	6	12	8	7	11	4
2007	118	16	8	12	5	6	8	16	17	5	13	8	4
2008	130	15	16	21	9	11	5	14	13	8	9	8	.
2009	112	13	9	10	8	4	6	9	16	12	7	14	4
2010	161	14	14	20	18	8	10	13	16	14	12	16	6
2011	145	12	9	28	11	10	9	6	22	15	5	9	9
2012	156	16	16	13	14	11	9	9	21	13	16	14	4
2013	175	23	17	25	12	6	10	11	23	14	12	16	6

Jahr	Perinatalsterblichkeit insgesamt / Fälle absolut in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	171	24	17	16	11	7	19	16	17	5	16	10	13
1992	152	16	20	10	17	7	8	12	26	5	10	9	12
1993	138	24	26	4	13	8	12	18	5	4	10	5	9
1994	162	16	16	15	10	19	11	22	22	4	12	6	9
1995	207	25	22	13	17	10	10	26	37	5	18	11	13
1996	231	37	25	14	26	17	16	24	27	5	12	9	19
1997	215	29	31	14	18	14	14	26	20	7	18	11	13
1998	210	20	27	17	19	23	12	20	28	10	14	8	12
1999	220	32	26	27	14	16	11	17	27	8	14	15	13
2000	207	44	20	26	15	10	18	9	21	8	17	13	6
2001	159	18	26	15	14	8	10	18	23	4	4	9	10
2002	176	25	13	18	18	8	10	21	22	8	13	11	9
2003	182	26	23	23	15	8	5	12	27	11	5	15	12
2004	215	20	21	25	14	12	21	11	24	14	6	26	21
2005	173	23	22	13	16	17	5	19	14	9	9	13	13
2006	157	27	19	14	11	11	7	10	15	13	9	15	6
2007	173	23	11	14	10	9	10	23	22	8	20	12	11
2008	188	23	21	27	13	16	14	18	17	9	14	11	5
2009	176	26	15	19	13	6	10	15	17	16	8	23	8
2010	208	23	18	25	19	11	11	16	25	21	12	20	7
2011	196	19	15	31	15	11	12	12	32	18	5	14	12
2012	197	26	20	16	15	12	11	14	32	14	17	15	5
2013	241	34	22	33	14	12	15	16	30	17	15	17	16

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

Tabelle 2.7 c:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit (1991 - 2013)
 - Berlin und Bezirke / je 1.000 Lebendgeborene bzw. Geborene

Jahr	Säuglingssterblichkeit insgesamt / Fälle je 1.000 Lebendgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	7,1	10,2	10,0	6,7	3,8	4,9	4,5	7,2	8,1	4,7	8,8	10,5	6,1
1992	6,3	4,6	7,7	6,4	7,5	7,4	2,4	6,0	9,1	4,6	9,4	2,7	6,3
1993	5,7	6,7	9,6	3,8	6,1	5,8	7,0	4,2	3,8	5,6	5,7	6,2	3,8
1994	5,4	5,9	7,1	6,2	4,4	4,7	3,8	4,4	6,8	1,9	5,0	7,3	5,6
1995	5,6	6,0	4,8	4,6	6,7	5,0	4,8	4,9	7,3	2,6	7,9	1,8	7,4
1996	5,3	6,0	6,3	4,8	7,2	4,5	5,8	6,1	5,3	1,4	3,3	5,7	3,7
1997	4,4	3,6	6,4	3,8	1,4	2,0	4,5	3,7	7,6	2,9	6,5	1,6	7,3
1998	4,4	5,1	6,0	2,9	3,3	7,3	3,8	3,3	7,5	2,0	4,6	1,7	3,0
1999	4,4	3,8	6,4	3,7	4,0	6,4	2,6	3,3	4,2	1,2	6,5	6,5	5,2
2000	3,7	7,1	3,1	3,6	2,8	7,3	1,4	1,3	5,2	1,8	2,7	1,6	4,1
2001	3,4	4,7	4,7	2,9	3,8	1,7	2,3	3,1	5,2	1,2	2,3	3,5	3,2
2002	3,3	5,2	3,3	2,2	5,8	1,7	3,2	2,1	4,1	1,8	4,0	3,1	1,6
2003	3,9	6,7	3,2	3,4	3,7	4,7	1,4	3,3	5,5	4,6	2,3	2,6	3,4
2004	3,9	5,4	3,8	3,3	2,2	2,2	5,2	1,8	6,0	2,8	1,6	3,6	7,6
2005	3,4	3,7	6,7	1,7	2,6	4,9	2,5	5,2	3,8	1,8	2,6	2,0	2,3
2006	3,7	6,1	3,3	2,9	3,1	4,0	1,0	2,3	3,7	5,5	4,0	4,2	2,9
2007	3,5	4,6	3,1	1,0	3,3	3,3	1,5	4,0	5,0	4,2	4,7	3,5	4,9
2008	3,4	3,9	2,6	2,1	4,2	4,7	5,6	2,2	4,3	1,0	3,2	4,8	3,2
2009	3,9	6,1	3,1	3,5	4,6	3,3	3,8	2,2	3,6	3,8	1,8	5,1	4,9
2010	3,0	3,9	2,4	2,5	2,1	3,5	2,3	1,7	5,5	5,1	0,9	3,4	2,6
2011	3,2	2,8	3,7	1,9	1,7	3,5	2,8	4,3	7,0	4,1	1,7	2,4	2,5
2012	2,5	2,8	2,7	1,2	0,8	3,0	1,8	3,2	4,6	3,0	2,8	2,1	2,4
2013	3,5	4,6	3,9	2,2	2,0	5,5	3,0	3,4	5,3	1,7	2,4	2,2	6,4

Jahr	Frühsterblichkeit / Fälle je 1.000 Lebendgeborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	2,9	4,1	3,1	4,3	1,4	2,5	2,5	2,7	1,8	1,6	4,6	2,9	3,3
1992	2,5	1,8	3,7	1,1	2,9	3,5	1,6	1,2	4,7	2,8	2,5	1,3	2,7
1993	2,1	2,8	4,4	0,5	2,5	2,1	2,0	1,8	0,9	1,9	2,6	0,7	1,0
1994	2,0	1,7	2,7	2,1	1,5	3,7	1,3	2,2	2,5	-	2,8	0,7	1,9
1995	2,8	2,8	2,4	2,3	3,3	1,5	1,7	3,3	4,9	0,9	3,9	0,6	2,9
1996	2,3	2,7	3,7	1,3	2,9	2,0	2,1	1,8	1,8	0,7	2,2	2,3	2,7
1997	1,4	1,1	1,7	0,4	0,7	0,5	2,9	2,5	2,3	0,7	2,7	0,5	0,5
1998	2,2	2,5	2,8	0,7	1,5	5,2	2,1	2,0	3,6	-	2,3	1,1	1,0
1999	1,8	1,7	2,7	1,7	1,2	2,1	1,8	1,6	1,5	-	2,7	2,2	2,4
2000	1,5	3,7	1,0	2,6	2,4	-	1,4	-	2,2	1,2	0,5	-	1,0
2001	1,4	1,5	2,2	1,0	2,1	1,7	1,4	1,0	2,0	-	1,2	1,2	1,6
2002	1,6	2,9	1,1	0,9	4,2	0,0	1,9	0,7	2,4	-	0,6	1,5	1,1
2003	1,9	5,2	1,1	1,5	2,5	2,3	-	0,7	2,6	1,2	0,6	1,1	1,7
2004	2,0	3,4	1,0	1,7	1,8	1,1	3,3	0,4	2,3	1,7	0,5	2,1	4,9
2005	1,8	2,0	2,8	0,6	0,9	3,0	1,0	3,7	2,0	1,2	0,5	1,5	1,7
2006	1,6	3,6	2,3	0,3	0,9	1,7	0,5	1,5	1,0	2,7	1,0	1,9	1,2
2007	1,8	1,9	0,9	0,5	2,0	1,7	1,0	2,6	1,7	1,6	3,3	1,8	3,8
2008	1,8	2,1	1,6	1,4	1,7	2,6	4,2	1,5	1,3	0,5	2,3	1,3	2,1
2009	2,0	3,5	1,9	2,1	2,1	1,1	1,9	2,2	0,3	1,9	0,4	3,5	2,2
2010	1,4	2,3	1,2	1,1	0,4	1,5	0,5	1,0	2,7	3,2	-	1,5	0,5
2011	1,5	1,8	1,9	0,7	1,7	0,5	1,4	2,2	3,0	1,4	0,0	2,0	1,5
2012	1,2	2,5	1,2	0,7	0,4	0,5	0,9	1,8	3,1	0,4	0,4	0,3	0,5
2013	1,9	2,7	1,5	1,8	0,8	3,0	2,1	1,7	2,0	1,3	1,2	0,4	4,6

noch Tabelle 2.7 c:
Säuglings- und Perinatalsterblichkeit (1991 - 2013)
- Berlin und Bezirke / je 1.000 Lebendgeborene bzw. Geborene

Jahr	Totgeburtlichkeit / Fälle je 1.000 Geborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	2,7	2,0	2,2	3,3	2,4	1,0	5,3	2,1	3,3	2,3	2,8	2,9	2,8
1992	2,6	2,3	3,0	4,2	3,2	0,0	1,6	2,4	2,9	1,8	2,5	4,6	2,7
1993	2,7	3,9	4,4	1,6	2,2	2,1	2,9	3,6	0,6	1,9	2,6	2,7	3,3
1994	3,7	2,8	2,7	5,6	2,2	6,3	3,3	4,7	4,3	3,8	3,9	3,3	2,3
1995	4,4	4,2	5,2	3,7	3,0	3,5	2,6	5,2	5,8	3,5	6,2	6,1	3,4
1996	5,4	7,4	4,6	4,7	6,5	6,5	4,5	5,5	6,2	2,9	4,4	2,9	5,9
1997	5,6	6,8	8,6	4,9	5,7	6,6	2,9	5,5	3,5	4,3	7,0	5,4	5,5
1998	4,9	3,1	6,6	5,5	5,5	6,7	2,9	4,6	4,8	6,5	5,7	3,4	4,9
1999	5,5	7,5	6,1	7,3	4,3	6,4	3,1	3,9	6,5	4,9	4,9	5,9	3,8
2000	5,4	8,7	5,9	5,8	3,6	5,2	6,8	3,0	4,3	3,6	8,4	6,8	2,1
2001	4,1	3,8	7,3	3,8	3,7	2,8	3,2	5,2	5,5	2,3	1,2	4,0	3,7
2002	4,5	4,3	3,7	4,6	3,3	4,5	2,8	6,6	5,0	4,7	6,8	4,1	3,8
2003	4,4	2,3	7,1	5,5	3,7	2,3	2,4	3,7	6,1	5,2	2,3	6,8	5,0
2004	5,3	2,3	6,1	5,2	4,4	5,6	6,5	3,6	5,7	6,1	2,7	11,2	6,4
2005	4,2	4,6	4,9	3,0	6,1	7,2	1,5	3,3	2,7	4,1	4,1	4,9	5,6
2006	3,7	3,9	3,9	3,5	4,0	4,5	3,0	2,3	4,0	4,3	3,5	5,1	2,3
2007	3,8	4,3	2,5	2,9	2,0	3,3	4,0	5,8	5,6	2,6	6,1	3,5	2,2
2008	4,1	3,9	5,1	4,8	3,8	5,7	2,3	5,1	4,2	3,8	4,1	3,5	0,5
2009	3,5	3,5	2,8	2,3	3,3	2,2	2,9	3,2	5,2	5,6	3,1	5,5	2,2
2010	4,8	3,6	4,2	4,5	7,3	4,0	4,5	4,5	4,8	6,4	5,3	6,0	3,1
2011	4,4	3,1	2,8	6,4	4,6	5,0	4,2	2,1	6,6	6,8	2,1	3,5	4,6
2012	4,5	4,0	4,8	3,0	5,4	5,4	4,0	3,2	6,0	5,5	6,3	4,8	1,9
2013	5,0	5,5	5,1	5,5	4,8	3,0	4,3	3,7	6,4	6,0	4,8	5,9	2,7

Jahr	Perinatalsterblichkeit insgesamt / Fälle je 1.000 Geborene in ...												
	Berlin insgesamt	Mitte	Friedrichshain-Kreuzberg	Pankow	Charlottenburg-Wilmersdorf	Spandau	Steglitz-Zehlendorf	Tempelhof-Schöneberg	Neukölln	Treptow-Köpenick	Marzahn-Hellersdorf	Lichtenberg	Reinickendorf
1991	5,6	6,1	5,3	7,6	3,8	3,4	7,7	4,8	5,1	3,9	7,4	5,8	6,1
1992	5,1	4,1	6,7	5,3	6,0	3,5	3,2	3,6	7,6	4,6	4,9	5,9	5,4
1993	4,8	6,7	8,8	2,2	4,7	4,2	4,9	5,4	1,5	3,8	5,1	3,4	4,3
1994	5,7	4,5	5,4	7,7	3,6	9,9	4,6	6,8	6,8	3,8	6,6	4,0	4,2
1995	7,2	7,1	7,6	6,0	6,3	5,0	4,3	8,5	10,7	4,3	10,1	6,7	6,4
1996	7,7	10,1	8,3	6,0	9,3	8,5	6,6	7,3	8,0	3,6	6,6	5,2	8,6
1997	7,0	7,9	10,3	5,3	6,4	7,1	5,8	8,0	5,8	5,0	9,7	6,0	5,9
1998	7,1	5,6	9,4	6,2	7,0	11,8	5,0	6,5	8,3	6,5	7,9	4,5	5,9
1999	7,3	9,2	8,8	9,0	5,5	8,5	4,8	5,6	8,0	4,9	7,6	8,1	6,2
2000	6,9	12,4	6,9	8,4	6,0	5,2	8,2	3,0	6,4	4,8	8,9	6,8	3,1
2001	5,5	5,2	9,4	4,8	5,8	4,5	4,6	6,2	7,5	2,3	2,3	5,2	5,3
2002	6,1	7,2	4,8	5,5	7,5	4,5	4,6	7,3	7,4	4,7	7,3	5,6	4,9
2003	6,3	7,5	8,1	7,1	6,2	4,7	2,4	4,4	8,7	6,3	2,8	7,8	6,7
2004	7,3	5,6	7,1	6,9	6,1	6,7	9,8	4,0	8,0	7,7	3,3	13,3	11,3
2005	5,9	6,5	7,7	3,6	6,9	10,3	2,5	7,0	4,8	5,3	4,7	6,3	7,3
2006	5,3	7,5	6,2	3,7	4,8	6,3	3,5	3,8	5,0	7,1	4,5	7,0	3,5
2007	5,5	6,2	3,4	3,4	4,1	4,9	5,0	8,4	7,3	4,2	9,3	5,3	6,0
2008	5,9	6,0	6,7	6,2	5,5	8,2	6,5	6,6	5,6	4,3	6,4	4,8	2,6
2009	5,5	6,9	4,7	4,5	5,4	3,3	4,8	5,4	5,5	7,5	3,6	9,0	4,3
2010	6,2	6,0	5,4	5,6	7,8	5,5	5,0	5,5	7,5	9,6	5,3	7,5	3,6
2011	5,9	4,9	4,6	7,1	6,3	5,5	5,5	4,3	9,6	8,1	2,1	5,5	6,1
2012	5,7	6,5	5,9	3,7	5,8	5,9	4,9	5,0	9,1	6,0	6,7	5,1	2,4
2013	6,9	8,2	6,6	7,3	5,6	6,0	6,4	5,4	8,4	7,2	5,9	6,2	7,3

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

Tabelle 2.7 d:
Säuglingssterblichkeit (1994 - 2013 jeweils drei Jahre zusammengefasst)
- Berliner Bezirke und Bundesländer

Bezirk / Berlin	Säuglingssterblichkeit / je 1.000 Lebendgeborene / jeweils drei Jahre zusammengefasst																	
	1994 bis 1996	1995 bis 1997	1996 bis 1998	1997 bis 1999	1998 bis 2000	1999 bis 2001	2000 bis 2002	2001 bis 2003	2002 bis 2004	2003 bis 2005	2004 bis 2006	2005 bis 2007	2006 bis 2008	2007 bis 2009	2008 bis 2010	2009 bis 2011	2010 bis 2012	2011 bis 2013
Mitte	6,0	5,2	4,9	4,1	5,3	5,2	5,7	5,5	5,7	5,2	5,1	4,8	4,8	5,0	4,6	4,3	3,2	3,4
Friedrichshain-Kreuzberg	6,1	5,8	6,2	6,3	5,2	4,8	3,7	3,8	3,4	4,5	4,5	4,3	3,0	2,8	2,7	3,1	2,9	3,4
Pankow	5,1	4,4	3,8	3,5	3,4	3,4	2,9	2,8	3,0	2,8	2,6	1,8	2,0	2,8	2,7	2,6	1,8	1,8
Charlottenburg-Wilmersdorf	6,1	5,1	4,0	2,9	3,4	3,5	4,1	4,4	3,9	2,9	2,6	3,0	3,5	4,4	3,6	2,8	1,5	1,5
Spandau	4,8	3,9	4,6	5,2	7,0	5,2	3,7	2,7	2,8	3,9	3,7	4,0	4,0	4,0	3,8	3,4	3,3	4,0
Steglitz-Zehlendorf	4,8	5,0	4,7	3,7	2,6	2,1	2,3	2,3	3,3	3,0	2,9	1,7	2,8	4,7	3,9	3,0	2,3	2,5
Tempelhof-Schöneberg	5,1	4,9	4,4	3,4	2,6	2,6	2,2	2,8	2,4	3,4	3,1	3,9	2,8	2,2	2,0	2,7	3,1	3,6
Neukölln	6,5	6,7	6,8	6,4	5,6	4,8	4,8	4,9	5,2	5,1	4,5	4,2	4,3	3,9	4,5	5,4	5,6	5,6
Treptow-Köpenick	1,9	2,3	2,1	2,0	1,7	1,4	1,6	2,5	3,1	3,1	3,4	3,8	3,4	2,4	3,3	4,3	4,0	2,9
Marzahn-Hellersdorf	5,4	5,9	4,8	5,9	4,6	3,9	3,0	2,9	2,6	2,2	2,8	3,8	4,0	2,5	2,0	1,5	1,8	2,3
Lichtenberg	4,9	3,1	3,0	3,3	3,3	3,8	2,7	3,0	3,1	2,7	3,3	3,3	4,2	5,0	4,4	3,6	2,6	2,2
Reinickendorf	5,5	6,1	4,7	5,2	4,1	4,2	3,0	2,7	4,2	4,4	4,3	3,4	3,7	4,0	3,5	3,3	2,5	3,8
Berlin	5,4	5,1	4,7	4,4	4,2	3,8	3,5	3,5	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,6	3,4	3,4	2,9	3,1
Bundesland	Säuglingssterblichkeit / je 1.000 Lebendgeborene / jeweils drei Jahre zusammengefasst																	
	1994 bis 1996	1995 bis 1997	1996 bis 1998	1997 bis 1999	1998 bis 2000	1999 bis 2001	2000 bis 2002	2001 bis 2003	2002 bis 2004	2003 bis 2005	2004 bis 2006	2005 bis 2007	2006 bis 2008	2007 bis 2009	2008 bis 2010	2009 bis 2011	2010 bis 2012	2011 bis 2013
Baden-Württemberg	4,8	4,5	4,3	4,2	4,1	4,0	3,7	3,5	3,2	3,2	3,1	3,2	3,1	3,1	3,2	3,2	3,3	3,2
Bayern	4,9	4,6	4,4	4,3	4,1	4,1	4,0	3,9	3,7	3,6	3,4	3,6	3,4	3,4	3,1	3,1	2,9	2,8
Berlin	5,4	5,1	4,7	4,4	4,2	3,8	3,5	3,5	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,6	3,4	3,4	2,9	3,1
Brandenburg	5,5	5,2	4,9	4,1	3,7	3,5	3,8	3,7	4,0	3,9	3,7	3,4	2,7	2,8	2,9	3,4	3,2	3,0
Bremen	6,1	5,9	5,6	4,7	5,3	5,8	6,7	5,2	4,6	4,4	4,4	5,3	5,2	5,8	5,1	5,6	5,2	4,8
Hamburg	5,5	5,7	5,4	4,9	4,4	4,4	4,0	3,7	3,7	4,0	4,0	3,8	3,3	3,4	3,5	3,9	3,8	3,7
Hessen	4,9	4,6	4,7	4,6	4,5	4,3	4,2	4,1	4,2	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	3,5	3,4	3,3	3,4
Mecklenburg-Vorpommern	5,7	5,1	5,3	5,2	4,8	4,0	3,8	3,4	4,0	3,7	4,0	3,3	3,4	3,3	3,3	2,9	2,7	2,8
Niedersachsen	5,4	5,2	4,9	5,0	5,0	5,1	4,9	4,9	4,7	4,6	4,5	4,5	4,4	4,2	4,2	4,5	4,3	4,2
Nordrhein-Westfalen	5,6	5,5	5,3	5,1	4,9	4,9	4,9	5,0	5,0	4,9	4,7	4,7	4,6	4,4	4,2	4,2	4,1	4,0
Rheinland-Pfalz	5,3	5,2	4,8	4,7	4,7	4,7	4,7	4,6	4,6	4,3	4,1	4,3	4,0	3,9	3,4	3,5	3,6	3,6
Saarland	5,9	6,2	5,6	5,5	4,8	5,1	4,8	5,4	5,0	4,9	4,3	4,4	4,1	3,4	2,9	3,2	3,6	4,4
Sachsen	5,7	5,3	4,9	4,4	4,1	3,8	3,4	3,4	3,4	3,5	3,1	2,8	2,5	2,5	2,4	2,3	2,3	2,4
Sachsen-Anhalt	6,1	5,7	5,4	4,8	4,5	4,0	4,4	4,4	4,4	3,8	3,5	3,2	3,3	3,1	3,0	2,9	2,9	3,0
Schleswig-Holstein	4,8	4,8	4,8	4,3	4,1	4,1	4,4	4,3	4,1	4,1	3,8	3,8	3,5	3,4	3,3	3,3	3,5	3,3
Thüringen	5,9	5,5	5,6	5,6	5,2	4,5	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	3,9	3,6	3,2	2,9	2,6	2,7	2,7
Deutschland	5,3	5,0	4,8	4,6	4,5	4,4	4,3	4,2	4,2	4,1	4,0	3,9	3,7	3,6	3,5	3,5	3,5	3,4

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

Tabelle 2.7 e:
Perinatalsterblichkeit (1994 - 2013 jeweils drei Jahre zusammengefasst)
- Berliner Bezirke und Bundesländer

Bezirk / Berlin	Perinatalsterblichkeit / je 1.000 Geborene / jeweils drei Jahre zusammengefasst																	
	1994 bis 1996	1995 bis 1997	1996 bis 1998	1997 bis 1999	1998 bis 2000	1999 bis 2001	2000 bis 2002	2001 bis 2003	2002 bis 2004	2003 bis 2005	2004 bis 2006	2005 bis 2007	2006 bis 2008	2007 bis 2009	2008 bis 2010	2009 bis 2011	2010 bis 2012	2011 bis 2013
Mitte	7,2	8,4	7,9	7,6	9,1	9,0	8,3	6,6	6,8	6,6	6,6	6,7	6,5	6,3	6,3	5,9	5,8	6,5
Friedrichshain-Kreuzberg	7,1	8,7	9,3	9,5	8,4	8,4	7,0	7,5	6,7	7,6	7,0	5,7	5,4	4,9	5,6	4,9	5,3	5,7
Pankow	6,5	5,7	5,8	6,9	7,9	7,4	6,2	5,8	6,5	5,8	4,7	3,6	4,5	4,7	5,4	5,7	5,5	6,1
Charlottenburg-Wilmersdorf	6,4	7,4	7,6	6,3	6,2	5,8	6,4	6,5	6,6	6,4	6,0	5,3	4,8	5,0	6,2	6,5	6,6	5,9
Spandau	7,8	6,9	9,1	9,1	8,5	6,1	4,7	4,5	5,3	7,2	7,7	7,1	6,5	5,5	5,7	4,8	5,6	5,8
Steglitz-Zehlendorf	5,2	5,6	5,8	5,2	6,0	5,9	5,8	3,9	5,6	4,9	5,4	3,7	5,1	5,5	5,4	5,1	5,1	5,6
Tempelhof-Schöneberg	7,5	7,9	7,3	6,7	5,0	4,9	5,5	6,0	5,3	5,1	4,9	6,4	6,3	6,8	5,8	5,1	4,9	4,9
Neukölln	8,5	8,2	7,4	7,4	7,6	7,3	7,1	7,9	8,0	7,2	5,9	5,7	6,0	6,1	6,2	7,6	8,8	9,0
Treptow-Köpenick	3,9	4,3	5,1	5,5	5,4	4,0	3,9	4,5	6,3	6,5	6,7	5,5	5,1	5,4	7,2	8,4	7,9	7,1
Marzahn-Hellersdorf	7,8	8,8	8,1	8,4	8,2	6,4	6,3	4,2	4,5	3,6	4,2	6,3	6,8	6,4	5,1	3,7	4,8	5,0
Lichtenberg	5,3	5,9	5,2	6,2	6,5	6,7	5,9	6,2	8,9	9,1	8,8	6,2	5,7	6,5	7,2	7,3	6,0	5,6
Reinickendorf	6,4	7,0	6,8	6,0	5,1	4,9	4,4	5,6	7,7	8,5	7,4	5,6	4,0	4,3	3,5	4,7	4,0	5,3
Berlin	6,9	7,3	7,3	7,1	7,1	6,6	6,2	6,0	6,6	6,5	6,2	5,6	5,6	5,6	5,8	5,9	5,9	6,1
Bundesland	Perinatalsterblichkeit / je 1.000 Geborene / jeweils drei Jahre zusammengefasst																	
	1994 bis 1996	1995 bis 1997	1996 bis 1998	1997 bis 1999	1998 bis 2000	1999 bis 2001	2000 bis 2002	2001 bis 2003	2002 bis 2004	2003 bis 2005	2004 bis 2006	2005 bis 2007	2006 bis 2008	2007 bis 2009	2008 bis 2010	2009 bis 2011	2010 bis 2012	2011 bis 2013
Baden-Württemberg	6,3	6,2	6,0	5,6	5,4	5,4	5,5	5,3	5,1	5,1	5,1	5,0	5,0	4,8	4,7	4,8	4,9	5,1
Bayern	6,2	6,3	6,3	6,0	5,8	5,7	5,5	5,5	5,3	5,2	5,0	5,1	5,0	5,0	5,0	4,9	4,7	4,5
Berlin	6,9	7,3	7,3	7,1	7,1	6,6	6,2	6,0	6,6	6,5	6,2	5,6	5,6	5,6	5,8	5,9	5,9	6,1
Brandenburg	7,6	7,3	7,6	7,1	6,8	6,0	5,8	6,2	6,5	6,5	6,6	5,9	5,4	5,0	5,8	6,3	6,5	6,3
Bremen	7,4	6,8	5,9	5,5	6,6	6,8	7,0	6,0	6,0	5,7	5,8	6,3	6,4	6,3	5,6	6,6	7,0	6,6
Hamburg	6,9	7,2	6,8	6,8	6,3	6,8	5,9	5,4	4,6	4,8	4,8	5,1	5,3	5,6	5,4	5,3	5,0	5,2
Hessen	6,3	6,4	6,2	6,1	5,9	6,1	6,0	6,0	5,8	5,7	5,6	5,5	5,5	5,5	5,6	5,6	5,5	5,5
Mecklenburg-Vorpommern	7,6	7,7	7,4	7,5	7,3	7,4	6,6	6,2	5,7	5,7	5,6	5,8	5,8	5,9	5,7	5,6	5,6	5,9
Niedersachsen	6,4	6,3	6,2	6,2	6,5	6,6	6,5	6,5	6,3	6,2	5,9	5,8	5,7	5,7	5,7	6,0	5,9	5,9
Nordrhein-Westfalen	7,1	7,2	6,9	6,7	6,4	6,3	6,3	6,3	6,5	6,4	6,4	6,3	6,2	6,1	5,9	5,9	6,0	6,1
Rheinland-Pfalz	6,8	6,3	5,9	6,1	6,4	6,2	5,8	5,7	6,1	5,8	5,7	5,4	5,4	5,6	5,5	5,4	5,2	5,1
Saarland	7,2	7,0	6,8	6,9	6,8	6,7	6,4	6,6	6,8	7,1	6,7	6,2	5,4	5,0	4,5	4,7	4,7	5,4
Sachsen	7,2	7,1	6,9	6,7	5,9	5,3	4,7	4,9	5,2	5,1	5,1	4,6	4,7	4,4	4,6	4,7	4,7	4,8
Sachsen-Anhalt	8,1	7,4	7,3	6,6	6,7	6,4	6,4	6,6	6,7	6,3	5,6	5,4	5,3	5,5	5,0	4,8	4,7	4,9
Schleswig-Holstein	6,6	6,7	6,5	6,1	5,8	6,0	6,1	6,2	5,7	5,5	5,1	5,3	5,2	5,1	4,9	4,8	5,3	5,2
Thüringen	7,5	7,3	6,9	6,9	6,8	6,2	6,3	6,1	6,0	5,8	5,7	5,2	4,8	4,3	4,5	4,4	4,2	4,6
Deutschland	6,7	6,7	6,5	6,3	6,2	6,1	5,9	5,9	5,9	5,8	5,7	5,5	5,4	5,4	5,3	5,4	5,4	5,4

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

Tabelle 2.8:
Müttersterblichkeit (1991 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Müttersterbefälle / ICD-10 Nrn. O00-O92 und O98-O99 / in ...					
	Berlin			Deutschland		
	Lebendgeborene insgesamt	Müttersterbefälle		Lebendgeborene insgesamt	Müttersterbefälle	
		absolut	je 100.000 Lebendgeborene		absolut	je 100.000 Lebendgeborene
1991	30.562	4	13,1	830.019	72	8,7
1992	29.667	.	3,4	809.114	54	6,7
1993	28.724	3	10,4	798.447	44	5,5
1994	28.503	5	17,5	769.603	40	5,2
1995	28.648	.	7,0	765.221	41	5,4
1996	29.905	-	-	796.013	51	6,4
1997	30.369	-	-	812.173	49	6,0
1998	29.612	-	-	785.034	44	5,6
1999	29.856	.	6,7	770.744	37	4,8
2000	29.695	-	-	766.999	43	5,6
2001	28.624	-	-	734.475	27	3,7
2002	28.801	.	3,5	719.250	21	2,9
2003	28.723	-	-	706.721	30	4,2
2004	29.446	-	-	705.622	37	5,2
2005	28.976	3	10,4	685.795	28	4,1
2006	29.627	-	-	672.724	41	6,1
2007	31.174	-	-	684.862	28	4,1
2008	31.936	-	-	682.514	36	5,3
2009	32.104	-	-	665.126	35	5,3
2010	33.393	.	6,0	677.947	37	5,5
2011	33.075	-	-	662.685	32	4,8
2012	34.678	-	-	673.544	31	4,6
2013	35.038	-	-	682.069	29	4,3
2014	37.368	.	2,7	714.927	29	4,1

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

Tabelle 2.9:
Plötzlicher Kindstod / SIDS (1992 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Sterbefälle an Plötzlichem Kindstod / ICD-10 Nr. R95 / in ...								
	Berlin						Deutschland		Vgl. Berlin zu Deutschland insgesamt / in %
	absolut			je 1.000 Lebendgeborene			absolut	je 1.000 Lebendgeborene	
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	insgesamt	insgesamt	
1992	12	18	30	0,84	1,17	1,01	924	1,14	-11,5
1993	14	19	33	1,00	1,29	1,15	870	1,09	5,4
1994	7	13	20	0,51	0,88	0,70	747	0,97	-27,7
1995	13	18	31	0,94	1,22	1,08	751	0,98	10,3
1996	9	11	20	0,62	0,72	0,67	692	0,87	-23,1
1997	16	15	31	1,09	0,96	1,02	671	0,83	23,6
1998	.	13	15	0,14	0,86	0,51	602	0,77	-33,9
1999	14	8	22	0,96	0,53	0,74	507	0,66	12,0
2000	3	12	15	0,21	0,79	0,51	482	0,63	-19,6
2001	5	10	15	0,36	0,68	0,52	429	0,58	-10,3
2002	4	8	12	0,29	0,54	0,42	367	0,51	-18,3
2003	5	11	16	0,36	0,75	0,56	372	0,53	5,8
2004	4	4	8	0,28	0,26	0,27	323	0,46	-40,6
2005	8	6	14	0,57	0,40	0,48	298	0,43	11,2
2006	4	7	11	0,28	0,46	0,37	259	0,39	-3,6
2007	4	5	9	0,27	0,31	0,29	228	0,33	-13,3
2008	5	6	11	0,32	0,36	0,34	215	0,32	9,3
2009	7	5	12	0,45	0,30	0,37	196	0,29	26,8
2010	6	.	7	0,37	0,06	0,21	164	0,24	-13,3
2011	.	7	8	0,06	0,59	0,33	147	0,22	49,9
2012	5	.	7	0,30	0,11	0,20	131	0,20	0,9
2013	4	.	6	0,24	0,11	0,17	152	0,22	-22,2
2014	.	4	5	0,05	0,21	0,13	119	0,17	-19,6
1992/1994	33	50	83	0,78	1,11	0,95	2.541	1,07	-10,6
1997/1999	32	36	68	0,73	0,78	0,75	1.780	0,75	0,6
2002/2004	13	23	36	0,31	0,52	0,42	1.062	0,50	-16,7
2007/2009	16	16	32	0,35	0,33	0,40	639	0,31	27,3
2011/2013	10	11	21	0,20	0,27	0,20	430	0,21	-6,5
2012/2014	10	8	18	0,20	0,14	0,17	402	0,19	-13,0

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

Tabelle 2.10 a:
Schwangerschaftsabbrüche (1996 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche / Wohnortprinzip					
	Berlin			Deutschland		
	Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren	Abbrüche insgesamt	Abbrüche je 10.000 ¹⁾	Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren	Abbrüche insgesamt	Abbrüche je 10.000 ¹⁾
1996	876.308	11.739	134,0	19.670.896	130.523	66,4
1997	873.989	11 741	134,3	19.752.053	130.890	66,3
1998	867.047	11 396	131,4	19.733.530	131.795	66,8
1999	861.525	11 949	138,7	19.695.766	130.471	66,2
2000	858.091	11 955	139,3	19.664.460	134.609	68,5
2001	857.862	11 605	135,3	19.644.964	134.964	68,7
2002	860.522	11 344	131,8	19.643.618	130.387	66,4
2003	861.506	10.881	126,3	19.624.015	128.030	65,2
2004	859.522	10.994	127,9	19.582.306	129.650	66,2
2005	858.873	10.637	123,8	19.518.776	124.023	63,5
2006	858.331	10.024	116,8	19.413.809	119.710	61,7
2007	856.557	9.621	112,3	19.260.128	116.871	60,7
2008	856.937	9.648	112,6	19.067.453	114.484	60,0
2009	853.640	9.402	110,1	18.817.593	110.694	58,8
2010	850.134	9.503	111,8	18.572.054	110.431	59,5
2011	801.817	9.393	117,1	18.068.492	108.867	60,3
2012	809.549	9.269	114,5	17.819.250	106.815	59,9
2013	815.835	8.800	107,9	17.652.282	102.802	58,2
2014 ¹⁾	822.527	8.643	105,1	17.735.769	99.715	56,2

Jahr	Vgl. Berlin zu Deutschland / in %		
	Anteil der Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren	Anteil der Abbrüche	je 10.000 ²⁾
1996	4,5	9,0	101,9
1997	4,4	9,0	102,7
1998	4,4	8,7	96,7
1999	4,4	9,2	109,4
2000	4,4	8,9	103,5
2001	4,4	8,6	96,9
2002	4,4	8,5	98,6
2003	4,4	8,5	93,6
2004	4,4	8,5	93,2
2005	4,4	8,6	94,9
2006	4,4	8,4	89,4
2007	4,4	8,2	85,1
2008	4,5	8,4	87,5
2009	4,5	8,5	87,2
2010	4,6	8,6	88,0
2011	4,4	8,6	94,4
2012	4,5	8,7	91,0
2013	4,6	8,6	85,2
2014	4,6	8,7	86,9

¹⁾ Je 10.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.

²⁾ Je 10.000 der fortgeschriebenen Bevölkerung (31.12.).

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

Tabelle 2.10 b:
Schwangerschaftsabbrüche (1996 - 2014)
- Deutschland und Bundesländer

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche je 10.000 Frauen im Alter von 15 - 49 Jahren aus ...																
	Deutschland insgesamt	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
1996	66,4	58,3	43,6	134,0	92,3	118,7	92,5	70,5	92,4	54,2	61,5	45,9	51,5	80,7	94,3	51,0	87,0
1997	66,0	57,7	50,4	134,1	86,5	99,7	87,1	68,3	81,5	51,9	63,2	49,2	49,7	70,6	89,9	53,9	86,3
1998	66,6	57,2	54,1	131,0	87,2	112,2	95,3	68,4	80,8	54,2	61,8	49,4	46,6	70,1	89,0	57,1	85,4
1999	66,0	54,1	53,6	138,3	85,9	111,0	92,4	66,2	77,0	55,3	62,6	48,2	50,8	65,1	87,7	58,6	84,0
2000	68,2	56,5	56,5	138,8	78,3	113,3	100,6	73,9	85,0	58,7	64,1	50,1	58,5	62,9	84,9	61,5	84,8
2001	68,3	56,9	55,7	134,7	76,9	118,0	105,3	73,1	84,7	58,2	63,9	50,0	53,0	72,8	89,4	59,2	83,0
2002	66,0	55,2	53,3	131,3	71,0	106,4	99,2	72,2	83,5	56,8	62,5	48,5	56,0	67,4	84,0	57,7	79,9
2003	64,9	55,6	52,2	125,7	70,7	113,1	95,7	76,1	81,0	55,9	60,6	46,7	58,8	65,6	79,1	56,5	75,2
2004	65,8	55,2	54,0	127,3	73,1	119,5	97,6	73,7	79,4	57,5	60,7	48,7	57,9	67,0	83,9	59,3	80,9
2005	63,2	52,0	47,7	123,4	70,5	110,0	87,2	72,8	83,4	57,2	59,0	47,5	57,7	68,0	83,2	56,6	76,5
2006	61,4	50,8	45,4	116,3	69,3	105,4	86,9	66,0	79,3	56,9	58,6	47,8	52,2	68,0	80,5	53,6	78,7
2007	60,4	48,0	44,7	111,9	70,0	107,8	89,7	64,8	79,6	54,3	57,8	47,1	58,5	68,1	81,4	57,1	76,5
2008	59,8	45,8	41,6	112,3	70,6	98,8	84,7	63,3	81,9	52,3	55,8	46,9	55,7	67,2	82,6	55,2	71,6
2009	58,6	45,5	40,8	109,7	72,2	106,2	85,0	61,6	86,9	50,6	55,7	46,9	55,9	68,4	84,3	56,4	78,4
2010	59,2	47,1	39,9	111,5	72,4	105,2	95,5	61,7	90,0	50,9	55,8	47,3	58,9	68,7	84,5	57,3	80,0
2011	60,0	47,7	42,3	116,9	72,5	107,9	87,8	61,3	89,0	50,5	54,7	43,9	55,4	70,6	87,5	56,4	80,6
2012	59,7	47,8	41,6	114,0	70,1	105,2	85,1	63,1	91,5	49,1	54,3	44,6	54,5	68,5	86,8	56,1	78,7
2013	58,0	45,1	41,0	107,6	69,5	102,3	80,1	59,3	87,3	46,9	52,0	45,6	54,0	67,4	81,0	53,9	77,3
2014	56,2	43,5	42,2	105,1	66,1	95,4	76,0	59,6	84,8	46,5	51,0	43,7	58,2	69,0	81,1	52,3	81,7
jeweils drei Jahre zusammengefasst																	
1996-1998	66,3	57,7	49,4	133,0	88,7	110,2	91,7	69,1	84,9	53,4	62,1	48,2	49,3	73,8	91,1	54,0	86,2
1999-2001	67,5	55,9	53,3	137,3	80,4	114,1	99,4	71,1	82,2	57,4	63,5	49,4	54,1	67,0	87,3	59,8	83,9
2002-2004	65,5	55,3	53,1	128,1	71,6	113,0	97,5	74,0	81,3	56,7	61,3	48,0	57,6	66,7	82,3	57,8	78,7
2005-2007	61,7	50,3	45,9	117,2	69,9	107,7	87,9	67,9	80,8	56,1	58,4	47,5	56,1	68,0	81,7	55,8	77,2
2008-2010	59,2	46,1	40,8	111,2	71,7	103,4	88,4	62,2	86,3	51,2	55,8	47,8	56,8	68,1	83,8	56,3	76,7
2010-2012	59,7	47,5	41,3	114,1	71,7	106,1	89,5	62,0	90,2	50,2	54,9	45,2	56,3	69,3	86,3	56,6	79,8
2012-2014	58,0	45,5	41,6	108,9	68,6	101,0	80,4	60,7	87,9	47,5	52,5	44,6	55,6	68,3	83,0	54,1	79,2
Vgl. zu Deutschland (in %)																	
1996-1998	100	-12,9	-25,5	100,6	33,8	66,2	38,2	4,2	28,1	-19,4	-6,3	-27,3	-25,7	11,4	37,4	-18,6	30,1
1999-2001	100	-17,2	-18,1	103,4	19,1	69,1	47,3	5,3	21,8	-15,0	-5,9	-26,8	-19,9	-0,8	29,4	-11,4	24,3
2002-2004	100	-15,5	-18,9	95,6	9,3	72,5	48,9	13,0	24,1	-13,4	-6,5	-26,8	-12,1	1,8	25,7	-11,7	20,1
2005-2007	100	-18,5	-25,6	90,0	13,3	74,5	42,5	10,0	30,9	-9,0	-5,3	-23,1	-9,0	10,2	32,4	-9,6	25,1
2008-2010	100	-22,1	-31,1	87,8	21,2	74,7	49,3	5,1	45,7	-13,4	-5,8	-19,2	-4,0	15,0	41,6	-4,9	29,5
2010-2012	100	-19,7	-30,3	92,8	21,0	79,2	51,1	4,7	52,3	-15,3	-7,2	-23,6	-5,0	17,0	45,7	-4,4	34,7
2012-2014	100	-23,2	-29,7	84,0	15,8	70,6	35,8	2,5	48,4	-19,8	-11,4	-24,6	-6,1	15,3	40,1	-8,6	33,8

Je 10.000 der durchschnittlichen Bevölkerung. Ab 2011 Bevölkerungsfortschreibung auf Grundlage des Zensus 2011.
(Datenquelle: StBA / MfS Berlin-Brandenburg / für Berlin und Deutschland Berechnung: SenGesSoz - IA -)

Tabelle 2.10 c:
Schwangerschaftsabbrüche (1996 - 2014) / Familienstand
- Berlin und Deutschland

Jahr	Schwangerschaftsabbrüche nach Familienstand / Wohnortprinzip / in %							
	Frauen aus Berlin				Frauen aus Deutschland			
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
1996	47,3	46,9	5,4	0,4	40,6	52,3	6,4	0,6
1997	46,1	48,3	5,3	0,3	41,0	52,2	6,3	0,5
1998	46,8	47,3	5,6	0,3	42,1	51,1	6,2	0,6
1999	48,1	46,5	5,0	0,4	43,5	49,9	6,1	0,5
2000	49,6	44,4	5,6	0,4	44,5	49,1	6,0	0,4
2001	52,9	41,5	5,3	0,3	46,5	47,2	5,9	0,4
2002	54,3	40,7	4,7	0,2	47,9	46,1	5,6	0,4
2003	55,1	39,9	4,9	0,2	49,0	45,2	5,4	0,4
2004	56,6	38,4	4,7	0,3	50,4	43,9	5,4	0,4
2005	57,4	38,2	4,2	0,2	50,9	43,7	5,0	0,3
2006	57,9	37,3	4,6	0,2	51,7	42,7	5,3	0,3
2007	58,8	36,8	4,2	0,2	52,9	41,7	5,1	0,3
2008	59,8	36,3	3,8	0,2	53,6	41,2	5,0	0,3
2009	61,4	35,0	3,5	0,1	54,8	40,3	4,6	0,2
2010	61,5	34,7	3,6	0,2	55,6	39,5	4,7	0,2
2011	62,5	33,9	3,5	0,2	56,6	38,7	4,5	0,2
2012	62,6	34,1	3,2	0,1	57,1	38,1	4,5	0,2
2013	62,2	34,6	3,1	0,1	57,2	38,3	4,3	0,2
2014	63,7	33,4	2,9	0,0	57,7	37,7	4,3	0,2

Jahr	Vgl. Berlin zu Deutschland / in %			
	ledig	verheiratet	geschieden	verwitwet
1996	16,4	-10,4	-15,8	x
1997	12,4	-7,4	-16,2	x
1998	11,0	-7,4	-8,7	x
1999	10,6	-6,7	-18,3	x
2000	11,5	-9,5	-7,2	x
2001	13,8	-12,0	-10,1	x
2002	13,4	-11,8	-15,2	x
2003	12,4	-11,7	-9,3	x
2004	12,3	-12,5	-11,7	x
2005	12,7	-12,6	-16,2	x
2006	11,9	-12,7	-12,7	x
2007	11,2	-11,9	-17,3	x
2008	11,5	-11,9	-24,4	x
2009	12,2	-13,4	-25,4	x
2010	10,6	-12,1	-22,8	x
2011	10,3	-12,5	-21,7	x
2012	9,6	-10,6	-29,3	x
2013	8,7	-9,6	-28,4	x
2014	10,4	-11,6	-33,9	x

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

Tabelle 2.11:
Schwangerschaftskonfliktberatungen (1996 - 2014)
- Berlin

Jahr	Schwangerschaftskonfliktberatungen in Berlin / Konfliktgründe / Mehrfachnennungen möglich																					
	Insgesamt						Deutsche						Ausländerinnen									
	Beratene Frauen		wirtschaftliche Probleme		Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme		familiäre/partnerschaftliche Probleme		Beratene Frauen		wirtschaftliche Probleme		Ausbildungs-/Arbeitsplatzprobleme		familiäre/partnerschaftliche Probleme							
	insg. ¹⁾	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %	insg.	abs.	in %	abs.	in %	abs.	in %						
1996	15.300	8.110	53,0	6.533	42,7	6.593	43,1	11.175	50,1	5.995	50,1	5.141	46,0	4.950	44,3	3.847	2.362	61,4	1.261	32,8	1.534	39,9
1997	15.660	7.968	50,9	6.343	40,5	6.303	40,2	11.132	48,8	5.433	48,8	4.941	44,4	4.543	40,8	4.063	2.320	57,1	1.199	29,5	1.574	38,7
1998	15.511	7.852	50,6	6.377	41,1	6.465	41,7	11.302	48,2	5.453	48,2	5.122	45,3	4.753	42,1	3.872	2.245	58,0	1.139	29,4	1.562	40,3
1999	15.143	7.109	46,9	6.224	41,1	6.478	42,8	10.830	44,8	4.847	44,8	4.889	45,1	4.628	42,7	3.886	2.096	53,9	1.179	30,3	1.666	42,9
2000	14.916	6.938	46,5	6.355	42,6	6.434	43,1	11.046	44,6	4.932	44,6	5.068	45,9	4.783	43,3	3.679	1.919	52,2	1.197	32,5	1.556	42,3
2001	14.754	6.864	46,5	6.313	42,8	6.169	41,8	11.117	43,8	4.873	43,8	5.138	46,2	4.627	41,6	3.578	1.964	54,9	1.154	32,3	1.514	42,3
2002	14.692	6.857	46,7	6.301	42,9	6.148	41,8	10.803	44,9	4.855	44,9	5.009	46,4	4.462	41,3	3.849	1.978	51,4	1.277	33,2	1.674	43,5
2003	13.819	6.530	47,3	5.949	43,0	5.865	42,4	10.347	45,7	4.732	45,7	4.777	46,2	4.366	42,2	3.439	1.783	51,8	1.156	33,6	1.483	43,1
2004	13.696	6.738	49,2	6.142	44,8	6.013	43,9	10.297	48,0	4.943	48,0	4.942	48,0	4.478	43,5	3.321	1.767	53,2	1.169	35,2	1.505	45,3
2005	13.775	6.774	49,2	6.127	44,5	6.020	43,7	10.265	48,8	5.005	48,8	4.902	47,8	4.435	43,2	3.218	1.625	50,5	1.091	33,9	1.445	44,9
2006	12.442	5.689	45,7	5.483	44,1	5.524	44,4	9.361	45,4	4.252	45,4	4.440	47,4	4.085	43,6	2.840	1.319	46,4	947	33,3	1.314	46,3
2007	12.779	5.371	42,0	5.442	42,6	5.845	45,7	9.404	42,3	3.975	42,3	4.397	46,8	4.196	44,6	3.096	1.286	41,5	950	30,7	1.530	49,4
2008	12.455	5.031	40,4	5.209	41,8	5.540	44,5	9.206	40,7	3.746	40,7	4.231	46,0	4.082	44,3	2.948	1.178	40,0	872	29,6	1.338	45,4
2009	12.542	5.127	40,9	5.363	42,8	5.541	44,2	9.288	40,8	3.785	40,8	4.343	46,8	4.129	44,5	2.880	1.218	42,3	883	30,7	1.257	43,6
2010	12.685	4.926	38,8	5.236	41,3	5.515	43,5	9.218	38,9	3.590	38,9	4.254	46,1	4.064	44,1	3.096	1.199	38,7	849	27,4	1.299	42,0
2011	12.796	4.753	37,1	4.964	38,8	5.498	43,0	9.301	37,4	3.474	37,4	4.038	43,4	3.964	42,6	3.181	1.155	36,3	820	25,8	1.404	44,1
2012	12.511	4.208	33,6	4.731	37,8	5.275	42,2	9.084	33,0	2.994	33,0	3.820	42,1	3.855	42,4	3.119	1.080	34,6	797	25,6	1.272	40,8
2013	12.140	4.047	33,3	4.577	37,7	5.046	41,6	8.648	31,9	2.758	31,9	3.585	41,5	3.582	41,4	3.219	1.190	37,0	904	28,1	1.354	42,1
2014	12.354	3.686	29,8	4.442	36,0	5.009	40,5	8.728	29,1	2.543	29,1	3.456	39,6	3.617	41,4	3.288	1.020	31,0	870	26,5	1.259	38,3

¹⁾ Excl. Staatsangehörigkeit unbekannt.
(Datenquelle und Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.12:
Mehrlingsgeburten (1991 - 2014)
- Berlin und Deutschland

Jahr	Mütter ... davon mit ...									
	in Berlin ... / Ereignisprinzip					aus Deutschland ... / Wohnortprinzip				
	insgesamt	Zwillings- geburten	Drillings- geburten	Vierlings- geburten	Fünf- Sechslings- geburten	insgesamt	Zwillings- geburten	Drillings- geburten	Vierlings- geburten	Fünf- Sechslings- geburten
absolut										
1991	352	343	9	-	-	9.865	9.620	234	11	-
1992	369	359	9	.	-	9.816	9.564	240	12	-
1993	373	358	15	-	-	10.113	9.826	276	11	-
1994	389	378	10	.	-	10.017	9.744	262	11	-
1995	407	402	5	-	-	10.385	10.095	280	8	.
1996	462	447	15	-	-	11.465	11.063	386	16	-
1997	458	437	21	-	-	11.879	11.465	401	13	-
1998	505	480	24	.	-	12.203	11.702	491	9	.
1999	544	517	25	-	-	11.976	11.481	486	8	.
2000	513	498	15	-	-	11.953	11.546	398	7	.
2001	530	517	13	-	-	11.421	11.064	346	11	-
2002	594	574	20	-	-	11.780	11.438	341	.	-
2003	577	563	14	-	-	11.448	11.148	295	5	-
2004	615	599	16	-	-	12.380	12.032	338	9	.
2005	516	502	12	.	-	10.699	10.447	242	10	-
2006	576	564	12	-	-	10.764	10.538	223	.	.
2007	665	648	17	-	-	11.084	10.829	247	8	-
2008	641	620	18	.	.	11.072	10.820	247	4	.
2009	643	628	15	-	-	11.286	11.026	251	9	-
2010	713	691	21	.	-	11.838	11.573	258	7	-
2011	718	699	18	.	-	11.490	11.254	230	6	-
2012	722	705	16	.	-	11.881	11.648	230	3	-
2013	754	737	16	.	-	12.355	12.119	230	6	-
2014	775	760	15	-	-	13.270	12.977	282	11	-
in %										
1991	100	97,4	2,6	-	x	100	97,5	2,4	0,1	x
1992	100	97,3	2,4	0,3	x	100	97,4	2,4	0,1	x
1993	100	96,0	4,0	-	x	100	97,2	2,7	0,1	x
1994	100	97,2	2,6	0,3	x	100	97,3	2,6	0,1	x
1995	100	98,8	1,2	-	x	100	97,2	2,7	0,1	x
1996	100	96,8	3,2	-	x	100	96,5	3,4	0,1	x
1997	100	95,4	4,6	-	x	100	96,5	3,4	0,1	x
1998	100	95,0	4,8	0,2	x	100	95,9	4,0	0,1	x
1999	100	95,0	4,6	0,4	x	100	95,9	4,1	0,1	x
2000	100	97,1	2,9	-	x	100	96,6	3,3	0,1	x
2001	100	97,5	2,5	-	x	100	96,9	3,0	0,1	x
2002	100	96,6	3,4	-	x	100	97,1	2,9	0,0	x
2003	100	97,6	2,4	-	x	100	97,4	2,6	0,0	x
2004	100	97,4	2,6	-	x	100	97,2	2,7	0,1	x
2005	100	97,3	2,3	0,4	x	100	97,6	2,3	0,1	x
2006	100	97,9	2,1	-	x	100	97,9	2,1	0,0	x
2007	100	97,4	2,6	-	x	100	97,7	2,2	0,1	x
2008	100	96,7	2,8	-	x	100	97,7	2,2	0,0	x
2009	100	96,7	2,8	0,2	x	100	97,7	2,2	0,1	x
2010	100	96,9	2,9	0,1	x	100	97,8	2,2	0,1	x
2011	100	97,4	2,5	0,1	x	100	97,9	2,0	0,1	x
2012	100	97,6	2,2	0,1	x	100	98,0	1,9	0,0	x
2013	100	97,7	2,1	0,1	x	100	98,1	1,9	0,0	x
2014	100	98,1	1,9	-	x	100	97,8	2,1	0,1	x

(Datenquelle: StBA für Deutschland / SenGesSoz für Berlin / Berechnung: SenGesSoz - I A -)

Tabelle 2.13 a:
Geburtsmodus (1991 - 2014)
- Berlin / Ereignisprinzip

Jahr	Entbindungen im Krankenhaus				Geborene im Krankenhaus			Anteil von ... an Entbindungen / in %		
	insgesamt	darunter durch ...			insgesamt	davon ...		Zangen- geburt	Vaku- um- extraktion	Kaiser- schnitt
		Zangen- geburt	Vaku- um- extraktion	Kaiser- schnitt		lebend- geboren	totgeboren			
1991	30.833	1.305	1.546	3.688	31.147	31.060	87	4,2	5,0	12,0
1992	28.772	1.291	1.532	3.575	29.140	29.068	72	4,5	5,3	12,4
1993	27.777	1.130	1.804	3.995	28.164	28.072	92	4,1	6,5	14,4
1994	27.857	1.078	1.886	3.990	28.264	28.157	107	3,9	6,8	14,3
1995	25.993	1.020	1.554	3.581	26.369	26.221	148	3,9	6,0	13,8
1996	29.708	959	1.934	4.192	30.264	30.104	160	3,2	6,5	14,1
1997	30.442	931	1.961	4.230	30.910	30.727	183	3,1	6,4	13,9
1998	30.332	886	1.791	4.545	30.863	30.679	184	2,9	5,9	15,0
1999	30.277	668	1.904	4.758	30.839	30.659	180	2,2	6,3	15,7
2000	30.632	553	1.784	4.776	31.153	30.951	202	1,8	5,8	15,6
2001	29.659	449	1.637	5.063	30.130	30.000	130	1,5	5,5	17,1
2002	29.717	323	1.426	4.533	30.345	30.169	176	1,1	4,8	15,3
2003	29.728	325	1.826	6.089	30.317	30.138	179	1,1	6,1	20,5
2004	30.469	246	2.000	6.306	31.110	30.905	205	0,8	6,6	20,7
2005	30.038	180	2.050	6.574	30.573	30.421	152	0,6	6,8	21,9
2006	30.522	143	2.299	7.346	31.124	30.976	148	0,5	7,5	24,1
2007	32.231	129	2.533	7.833	32.906	32.750	156	0,4	7,9	24,3
2008	33.148	110	2.666	8.520	33.871	33.703	168	0,3	8,0	25,7
2009	33.105	82	2.641	8.805	33.871	33.714	157	0,2	8,0	26,6
2010	34.702	34	2.687	9.480	35.446	35.221	225	0,1	7,7	27,3
2011	34.033	67	2.718	9.359	34.828	34.641	187	0,2	8,0	27,5
2012	35.702	54	3.018	9.907	36.494	36.326	168	0,2	8,5	27,7
2013	35.952	42	3.142	10.131	36.765	36.587	178	0,1	8,7	28,2
2014	38.252	66	3.253	10.742	39.116	38.947	169	0,2	8,5	28,1

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

Tabelle 2.13 b:
Geburtsmodus (1994 - 2014)
 - Deutschland und Bundesländer / Ereignisprinzip

Jahr	Kaiserschnitte in einem Krankenhaus in ... / Ereignisprinzip / absolut																
	Deutschland insgesamt	Baden-Württemberg	Bayern	Berlin	Brandenburg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklenburg-Vorpommern	Niedersachsen	Nordrhein-Westfalen	Rheinland-Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen-Anhalt	Schleswig-Holstein	Thüringen
1994	131.351	19.127	22.297	3.990	1.402	1.507	3.194	11.422	1.200	13.265	33.443	7.700	2.016	2.973	2.005	4.235	1.575
1995	131.921	19.333	21.711	3.581	1.522	1.626	3.184	11.444	1.335	13.864	33.719	7.244	2.215	3.102	2.111	4.273	1.657
1996	140.184	20.198	23.439	4.192	1.854	1.794	3.074	12.084	1.529	14.274	35.205	7.608	2.451	3.510	2.422	4.674	1.876
1997	147.314	21.739	24.915	4.230	2.114	1.718	3.079	12.193	1.684	14.721	36.886	7.994	2.424	3.937	2.660	4.900	2.120
1998	149.723	21.577	24.767	4.545	2.346	1.708	3.358	13.130	1.764	15.235	36.661	7.823	2.423	4.425	2.651	4.909	2.401
1999	152.612	22.012	24.644	4.758	2.389	1.880	3.967	13.447	1.975	15.264	36.737	8.116	2.418	4.587	2.863	4.959	2.596
2000	160.183	23.301	25.560	4.776	2.573	1.892	4.034	13.660	2.242	16.462	38.387	8.361	2.448	5.023	3.170	5.458	2.836
2001	161.548	23.034	26.325	5.063	2.526	2.027	3.607	13.694	2.340	16.510	38.778	8.365	2.318	5.286	3.260	5.359	3.056
2002	170.249	24.479	27.847	4.533	2.615	1.961	4.677	14.869	2.416	16.781	41.449	8.612	2.375	5.577	3.246	5.699	3.113
2003	175.341	25.574	29.002	6.089	3.026	2.156	4.761	14.872	2.627	16.506	41.179	9.102	2.457	6.036	3.126	5.480	3.348
2004	183.122	26.505	29.656	6.306	3.121	2.222	4.719	15.435	2.863	17.683	42.945	9.673	2.731	6.437	3.449	5.415	3.962
2005	183.346	26.536	29.770	6.574	3.131	2.015	5.549	15.797	2.764	17.510	42.613	8.955	2.558	6.689	3.703	5.582	3.600
2006	186.889	26.244	30.883	7.346	3.456	2.291	5.134	15.601	2.963	17.567	43.284	9.160	2.505	7.069	3.725	6.072	3.589
2007	194.526	26.717	31.955	7.833	3.924	2.408	5.412	15.798	3.105	18.206	46.415	9.346	2.717	6.651	3.990	6.007	4.042
2008	200.452	28.123	33.341	8.520	4.031	2.603	5.514	16.204	3.477	17.979	45.922	9.831	2.781	7.362	4.348	6.289	4.127
2009	201.480	28.518	33.196	8.805	3.836	2.422	5.432	16.266	3.474	18.627	45.995	9.812	2.792	7.533	4.330	6.333	4.109
2010	209.441	29.533	33.348	9.480	4.239	2.312	5.924	16.768	3.851	19.009	48.061	10.646	2.705	7.859	4.573	6.685	4.448
2011	206.012	28.959	33.593	9.359	3.953	2.479	5.756	16.862	3.524	18.627	46.156	10.748	2.840	7.794	4.683	6.366	4.313
2012	206.919	29.186	33.819	9.907	3.755	2.632	5.508	16.767	3.602	18.316	46.717	10.759	2.727	8.025	4.823	6.102	4.274
2013	210.570	29.055	34.592	10.131	3.857	2.567	7.183	16.678	3.467	18.995	47.332	10.302	2.792	8.066	4.779	6.228	4.546
2014	220.340	30.140	36.480	10.742	4.043	2.759	7.202	17.304	3.693	19.896	49.684	10.748	3.118	8.494	4.886	6.595	4.556

noch Tabelle 2.13 b:
Geburtsmodus (1994 - 2014)

- Deutschland und Bundesländer / Ereignisprinzip

Jahr	Anteil der Kaiserschnitte an allen Entbindungen in einem Krankenhaus in ... / Ereignisprinzip / in %																
	Deutsch- land Insgesamt	Baden- Würt- temberg	Bayern	Berlin	Branden- burg	Bremen	Hamburg	Hessen	Mecklen- burg- Vorpom- mern	Nieder- sachsen	Nordrhein- Westfalen	Rheinland- Pfalz	Saarland	Sachsen	Sachsen- Anhalt	Schleswig- Holstein	Thüringen
1994	17,3	17,1	17,7	14,3	12,2	18,2	17,7	19,2	13,8	17,2	18,2	19,3	20,1	13,3	14,2	16,3	12,7
1995	17,6	17,5	17,5	13,8	12,6	19,0	18,0	19,7	14,0	18,2	18,7	18,8	22,5	13,0	14,7	16,6	12,8
1996	18,0	18,0	18,4	14,1	13,8	19,7	16,6	20,1	14,3	18,2	19,0	19,3	23,7	13,2	15,4	17,3	13,0
1997	18,5	18,9	19,3	13,9	14,6	18,7	16,2	20,0	14,5	18,3	19,7	20,0	23,5	13,7	15,9	17,9	13,6
1998	19,5	20,0	19,9	15,0	15,9	19,2	18,7	22,4	15,0	19,7	20,5	20,7	25,1	14,9	15,7	18,7	15,2
1999	20,3	20,9	20,4	15,7	15,7	22,0	21,8	23,6	16,3	20,5	21,3	22,4	25,7	14,9	16,3	19,2	16,2
2000	21,5	22,6	21,6	15,6	16,7	21,8	21,8	23,9	17,4	22,3	22,5	23,2	26,9	15,5	17,5	21,7	17,2
2001	22,6	23,3	23,1	17,1	17,1	24,4	20,6	25,1	18,7	23,5	23,7	24,8	26,4	16,9	18,6	22,7	18,8
2002	24,4	25,3	25,1	15,3	17,8	25,0	26,4	27,9	20,2	24,6	26,1	26,2	28,4	18,1	18,9	25,0	19,6
2003	25,5	26,9	26,5	20,5	20,1	27,8	26,5	28,4	21,4	24,9	26,5	28,2	30,5	19,2	19,2	24,8	21,3
2004	26,8	28,1	27,6	20,7	20,6	28,8	26,9	29,8	23,0	27,0	27,9	30,8	33,6	19,9	20,6	24,9	24,7
2005	27,6	28,9	28,5	21,9	21,3	26,1	30,1	30,9	23,4	28,1	28,6	29,1	32,1	21,0	22,2	27,2	23,2
2006	28,6	29,3	30,4	24,1	23,6	29,5	27,6	31,5	24,7	28,7	29,6	30,4	33,2	22,2	22,5	30,3	23,9
2007	29,3	29,4	30,8	24,3	26,1	30,4	27,8	31,8	25,2	29,8	31,6	29,9	35,5	20,0	23,5	29,8	25,5
2008	30,2	31,3	32,2	25,7	27,3	33,0	28,1	32,9	27,6	29,8	31,4	31,3	36,8	21,7	25,3	32,4	25,7
2009	31,3	32,7	33,1	26,6	26,3	31,3	28,0	34,0	27,9	32,3	32,5	32,6	38,4	22,6	26,0	32,8	26,1
2010	31,9	33,4	32,7	27,3	28,3	29,6	29,5	34,2	30,2	32,6	33,6	34,8	36,6	22,9	27,3	33,5	27,6
2011	32,0	33,5	33,3	27,5	27,3	31,9	29,2	34,7	28,7	32,9	33,1	35,8	38,2	23,2	28,7	33,7	27,4
2012	31,7	33,6	32,4	27,7	26,1	33,2	26,6	34,6	29,0	32,0	32,9	35,5	37,2	23,7	29,7	31,8	26,8
2013	31,8	32,6	32,6	28,2	26,7	31,8	34,0	33,9	28,1	32,6	33,1	33,6	38,1	23,8	29,3	33,0	28,1
2014	31,8	32,3	33,0	28,1	26,4	31,5	33,2	33,8	29,4	32,6	32,8	33,5	40,2	24,2	29,6	33,1	27,3

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

Tabelle 2.14:
Stationäre Behandlungsfälle (2000 - 2013) / ICD-10 Nrn. 000 - 099
- Berlin und Deutschland / Wohnort und Ereignisprinzip

Jahr	Stationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) / ICD-10 Nrn. 000 - 099							
	Fälle absolut aus...				Fälle je 100.000 ¹⁾ aus...			Vgl. BE zu DE %
	Berlin / behandelt in ...		Deutschland / behandelt in ...		Berlin / behandelt in ...		Deutschland / behandelt in Deutschland	
	Deutschland insgesamt	dar. in Berlin	Deutschland insgesamt	Anteil Berlin (in %)	Deutschland insgesamt	Berlin		
2000	40.887	40.144	1.079.377	3,8	2.321	2.278	2.747	-15,5
2001	39.005	38.299	1.045.897	3,7	2.215	2.174	2.704	-18,1
2002	38.213	37.470	1.027.677	3,7	2.169	2.127	2.688	-19,3
2003	38.296	37.519	1.002.382	3,8	2.177	2.132	2.659	-18,1
2004	37.734	36.989	964.344	3,9	2.161	2.118	2.595	-16,7
2005	37.055	35.802	930.547	4,0	2.137	2.063	2.540	-15,9
2006	37.328	36.596	919.891	4,1	2.155	2.112	2.542	-15,2
2007	38.942	38.141	939.047	4,1	2.250	2.204	2.625	-14,3
2008	39.201	38.446	934.416	4,2	2.253	2.206	2.638	-14,6
2009	39.795	39.022	917.741	4,3	2.283	2.238	2.619	-12,8
2010	41.228	40.396	930.683	4,4	2.352	2.305	2.674	-12,0
2011	40.591	39.833	912.023	4,5	2.419	2.241	2.679	-9,7
2012	42.370	41.555	929.116	4,6	2.451	2.293	2.716	-9,8
2013	43.397	42.484	944.037	4,6	2.450	2.398	2.746	-10,8

¹⁾ Altersstandardisiert / Eurobev. alt. / ab 2011 Berechnung auf Basis der Bevölkerungsfortschreibung des Zensus 2011.
(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / KHStatV Teil II: Diagnosen / Berechnung für Berlin: SenGesSoz - I A -)

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildungsverzeichnis

- Abbildung 2.1: Frauen (Alter: 15–49 Jahre) und allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15–49 Jahre) in Berlin und Deutschland 1991–2014 - Frauen absolut, allgemeine Geburtenziffer je 1.000
- Abbildung 2.2: Frauen (Alter: 15–49 Jahre) und allgemeine Geburtenziffer (Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15–49 Jahre) in Berlin 1993–1995 und 2011–2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - Frauen absolut, allgemeine Geburtenziffer je 1.000
- Abbildung 2.3: Lebendgeborene und Geburtenüberschuss/-defizit in Berlin und Deutschland 1991–2014 - Lebendgeborene absolut, Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung
- Abbildung 2.4: Geburtenüberschuss/-defizit in Deutschland 1999–2001 und 2011–2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern - je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung
- Abbildung 2.5: Lebendgeborene und Geburtenüberschuss/-defizit in Berlin 1993–1995 und 2011–2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - Lebendgeborene absolut, Geburtenüberschuss/-defizit je 1.000 der durchschnittlichen Bevölkerung
- Abbildung 2.6: Durchschnittliches Alter der Mütter (in Jahren) bei Geburt des ersten Kindes in Deutschland 2013 - biologische Geburtenfolge nach Bundesländern berechnet auf Basis der Zahl der Lebendgeborenen / Alter: 15–49 Jahre
- Abbildung 2.7: Durchschnittliches Alter der Mütter (in Jahren) bei Geburt des Kindes in Berlin 2001, 2008 und 2013 - Lebendgeborene je 1.000 Frauen / Alter: 15–49 Jahre
- Abbildung 2.8 a: Altersspezifische Geburtenziffer der Frauen insgesamt 2001, 2008 und 2013 in Berlin nach Bezirken - Lebendgeborene je 1.000 Frauen
- Abbildung 2.8 b: Altersspezifische Geburtenziffern der Frauen insgesamt 2001, 2008 und 2013 in Berlin nach Bezirken - Lebendgeborene je 1.000 Frauen
- Abbildung 2.9: Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (in Gramm) in Berlin und Deutschland 1991–2013 - je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.10: Lebendgeborene mit niedrigem Geburtsgewicht (in Gramm) in Berlin 2001–2003 und 2010–2012 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.11: Säuglingssterblichkeit (SST), darunter Frühsterblichkeit (FST) in Berlin und Deutschland 1991–2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) - gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.12: Säuglingssterblichkeit (darunter Frühsterblichkeit) in Deutschland 2011–2013 (zusammengefasst) nach Bundesländern - je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.13: Säuglingssterblichkeit (SST), darunter Frühsterblichkeit (FST) und Spätsterblichkeit (SPST) in Berlin 1991–1993 und 2011–2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.14: Säuglingssterblichkeit in Berlin und Deutschland 1991–2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit - gestorbene Säuglinge je 1.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.15: Perinatalsterblichkeit (PST), darunter Totgeburtlichkeit (TG) in Berlin und Deutschland 1991–2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) - je 1.000 Geborene
- Abbildung 2.16: Perinatalsterblichkeit (darunter Totgeburtlichkeit) in Deutschland 2011–2013 (zusammengefasst) nach Bundesländern - je 1.000 Geborene

- Abbildung 2.17: Perinatalsterblichkeit (PST), darunter Totgeburtlichkeit (TG) in Berlin 1991-1993, 1994-1996 und 2011-2013 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 1.000 Geborene
- Abbildung 2.18: Müttersterblichkeit (ICD-10 Nrn.: O00-O92 und O98-O99) in Berlin und Deutschland 1991-2014 (jeweils fünf Jahre zusammengefasst) - Gestorbene Frauen je 100.000 Lebendgeborene
- Abbildung 2.19: Schwangerschaftsabbrüche (alle Altersgruppen) in Berlin und Deutschland (Wohnortprinzip) 1996-2014 - absolut und je 10.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre
- Abbildung 2.20: Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland 2002-2004 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern (Wohnortprinzip) - je 10.000 Frauen / Alter: 15-49 Jahre
- Abbildung 2.21: Schwangerschaftsabbrüche in Berlin und Deutschland (Wohnortprinzip) 1996-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Familienstand - in %
- Abbildung 2.22: Entbindungen im Krankenhaus, darunter durchgeführte Kaiserschnittentbindungen, in Berlin und Deutschland (Ereignisprinzip) 1994-2014 - Entbindungen absolut und Anteil der Kaiserschnittentbindungen in %
- Abbildung 2.23: Kaiserschnittentbindungen in Deutschland 2001-2003 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bundesländern (Ereignisprinzip) - in %
- Abbildung 2.24: Anzahl der durch Hebammen betreuten Schwangeren und Anteil ausgewählter in Anspruch genommener Leistungen in Berlin 2000-2014 - Anzahl absolut und in %
- Abbildung 2.25: Anzahl der durch Hebammen betreuten Mütter und Anteil ausgewählter in Anspruch genommener Leistungen in Berlin 2000-2014 - Anzahl absolut und in %
- Abbildung 2.26: Aus dem Krankenhaus wegen Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (ICD-10 Nrn. O00-O99) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle / Alter: 15-49 Jahre) in Berlin (nur Berlinerinnen) 2004-2006 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt
- Abbildung 2.27: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) / Alter: 0 bis unter 1 Jahr) in Berlin (nur Berliner/innen) 1996-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach durchschnittlicher Verweildauer (dVWD) in Tagen und durchschnittlich belegten Betten je Tag - absolut und je 100.000 der Altersgruppe
- Abbildung 2.28: Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle / ICD-10 Nrn. A00-Z99 / Alter: 0 bis unter 1 Jahr) in Berlin (nur Berliner/innen) 2004-2006 und 2012-2014 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Bezirken - je 100.000 der Altersgruppe
- Abbildung 3.1: Familien- und Lebensformen im Mikrozensus
- Abbildung 3.2: Familien mit Kindern (ohne Altersbeschränkung) in Berlin und Deutschland 2014 nach Lebensformen - in %
- Abbildung 3.3: Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin 2014 nach Lebensformen und Bezirken - in %
- Abbildung 3.4: Anteil alleinerziehender Väter in Berlin 2005 und 2014 nach Bezirken - in %
- Abbildung 3.5: Familien mit Kindern (ohne Altersbeschränkung) in Berlin 2005, 2010 und 2014 nach Anzahl der Kinder - in %
- Abbildung 3.6: Erwerbstätigkeit von Männern und Frauen (Alter: 25-44 Jahre) mit und ohne Kinder in Berlin 2014 - in %
- Abbildung 3.7: Erwerbstätigkeit alleinerziehender Mütter in Berlin 2005 und 2014 nach Alter der Kinder - in %
- Abbildung 3.8: Anteil elternzeitnehmender Väter in Deutschland im Geburtsjahr 2009 und 2013 nach Bundesländern - in %
- Abbildung 3.9: Höhe des Elterngeldanspruchs in Berlin im Geburtsjahr 2013 nach Geschlecht der Anspruchsberechtigten - in %
- Abbildung 3.10: Familien mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin und Deutschland 2006 und 2014 nach Haushaltsnettoeinkommen - in %

- Abbildung 3.11: Alleinerziehende mit Kindern unter 18 Jahren in Berlin und Deutschland 2006 und 2014 nach Haushaltsnettoeinkommen - in %
- Abbildung 3.12: Armutsgefährdungsquoten (gemessen am Landesmedian) in Berlin 2010-2014 nach Haushaltstypen - in %
- Abbildung 3.13: Empfänger/innen (Alter: unter 18 Jahren) von Leistungen gemäß 3. Kapitel SGB XII in Berlin am 31.12.2014 nach Altersgruppen
- Abbildung 3.14: Empfänger/innen von Regelleistungen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin am 31.12.2014 nach Altersgruppen - in %
- Abbildung 4.1: Entwicklung des Beratungsvolumens des Giftnotrufs Berlin 2005-2014 - Anzahl der Anfragen absolut
- Abbildung 4.2: Anfragen beim Giftnotruf Berlin 2014 nach Art der Anfrage - in %
- Abbildung 4.3: Anrufe beim Giftnotruf Berlin 2014 nach Herkunft - in %
- Abbildung 4.4: Altersabhängige Verteilung der Expositionen bei Kindern (Alter: 0-14 Jahre) in Berlin 2014 - Anzahl der Anfragen absolut
- Abbildung 4.5: Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2014 im Vergleich zum Bevölkerungsanteil nach Bundesländern - in %
- Abbildung 4.6: Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2013 und 2014 nach Hauptindikationen - in %
- Abbildung 4.7: Anzahl der jährlichen Besucher auf www.embryotox.de von 2009 bis zum Stichtag 30.11.2015
- Abbildung 4.8: Anzahl der Besucher bei den 20 am häufigsten aufgerufenen Wirkstoffseiten unter www.embryotox.de 2014
- Abbildung 4.9: Ansatzpunkte Früher Hilfen
- Abbildung 4.10: Anzahl zahnärztlicher Früherkennungsuntersuchungen (FU) für Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015
- Abbildung 4.11: Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte und behandelte Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015
- Abbildung 4.12: Anzahl IP4 (Individualprophylaxe-lokale Fluoridierung der Zähne) bei Kindern (Alter: 30.-72. Lebensmonat) in Berlin 2007-2015
- Abbildung 4.13: Übersicht über zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchungen für Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat)

Tabellenverzeichnis

- Tabelle 3.1: Paare mit ledigen Kindern in Berlin und Brandenburg 2005 und 2014 nach Beteiligung am Erwerbsleben
- absolut in 1.000 und Anteil in %
- Tabelle 3.2: Bedarfsgemeinschaften von Empfänger/innen gemäß 3. Kapitel SGB XII in Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 31.12.)
außerhalb von Einrichtungen mit Minderjährigen als Hilfeempfänger/innen
- Tabelle 3.3: Bedarfsgemeinschaften von Empfänger/innen bedarfsorientierter Grundsicherung gemäß 4. Kapitel SGB XII in
Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 31.12.) außerhalb von Einrichtungen nach Typ der Bedarfsgemeinschaft
- absolut und Anteil in %
- Tabelle 3.4: Empfänger/innen ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen gemäß SGB XII in Berlin am 31.12.2014 nach
Altersgruppen und Hilfearten
- Tabelle 3.5: Bedarfsgemeinschaften von Regelleistungsempfänger/innen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz (AylbLG) in
Berlin 2013 und 2014 (Stichtag: 13.12.) nach Haushaltstyp - absolut und Anteil in %
- Tabelle 4.1: Merkmale der Präventionskette
- Tabelle 4.2: Anzahl, Versorgungsgrad und Fallzahlen bei Gynäkologen und Gynäkologinnen sowie Kinderärzten und Kinderärzt-
tinnen in Berlin 2012-2015 (Stichtag: 01.01.)
- Tabelle 4.3: Von den Kostenträgern auf Basis der MDK-Überprüfung aus dem Jahr 2014 anerkannte Versorgungsstufen bei der
Versorgung von Früh- und Neugeborenen – in alphabetischer Reihenfolge
- Tabelle 4.4: Häufigkeit der Noxengruppen und der Expositionsumstände im Neugeborenen- und Säuglingsalter in Berlin 2014
- Tabelle 4.5: Anfragen nach Kategorien der exponierten Person in Berlin 2013 und 2014
- Anzahl der Anfragen absolut, Anteil und Veränderung in %
- Tabelle 4.6: Anzahl der Anfragen an Embryotox aus Deutschland 2012-2014 nach Bundesländern
- Anzahl absolut, Veränderung zum Vorjahr in %
- Tabelle 4.7: Aufgaben der Familienhebammen
- Tabelle 4.8: Arbeiten im Tandem: Familienhebamme und Fachkraft aufsuchende Elternhilfe (AEH)
- Tabelle 4.9: Anspruchsberechtigte GKV-Versicherte Kinder (Alter: 30.-72. Lebensmonat) und Inanspruchnahme von zahnärztli-
chen Untersuchungen in Berlin 2007-2015 - Anzahl absolut, Inanspruchnahme in %
- Tabelle 4.10: Beschreibung von ECC und sECC durch das NICDR
- Tabelle 4.11: Nomenklatur nach Wyne

Tabellenübersicht – Indikatorenansatz

Nr.	Inhalt	Zeitraum
2.	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems	
	<i>Bevölkerung</i>	
	• <i>Bevölkerung nach Strukturmerkmalen</i>	
2.1-1	Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
2.2-1	Ausländische Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Bezirken	Zeitreihe
2.3-1	Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Jahrestabelle
2.4-1	Ausländische Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Bezirken	Jahrestabelle
2.5-1	Deutsche und ausländische Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Bezirken	Jahrestabelle
2.5z-1	Bevölkerung (Einwohnerregisterstatistik) in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Migrationsstatus, Bezirken	Zeitreihe
2.7-1	Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Bezirken	Jahrestabelle
2.7-2	Altersstruktur und Lastenquotienten in Berlin (Stand: 31.12.) nach Bezirken	Zeitreihe
2.8-1	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung in Berlin (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen, Bezirken	Jahrestabelle
	• <i>Bevölkerungsbewegung</i>	
2.9-1	Bevölkerungsentwicklung in Berlin nach Staatsangehörigkeit und Bezirken	Zeitreihe
2.10-1	Lebendgeborene, Geburtenziffer und Fruchtbarkeitsziffer in Berlin nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
2.10-2	Lebendgeborene in Berlin nach Staatsangehörigkeit des Kindes und der Eltern	Zeitreihe
2.10z-1	Totgeborene in Berlin nach Geschlecht, Legitimität, Staatsangehörigkeit, ab 2005 nach Bezirken	Zeitreihe
2.11-1	Wanderungen der Bevölkerung über die Bezirks- und Landesgrenzen von Berlin nach Staatsangehörigkeit, Bezirken	Jahrestabelle
2.12-1	Bevölkerung am 31.12.2013 und Bevölkerungsprognose der Jahre 2015, 2020, 2025 und 2030 in Berlin nach Altersgruppen, Lastenquotienten, Bezirken	Jahrestabelle
	<i>Wirtschaftliche und soziale Lage</i>	
	• <i>Bildungsstand</i>	
2.13-1	Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit der Befragten	Jahrestabelle
2.13-2	Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung in Berlin nach Bezirken	Jahrestabelle
2.13-3	Allgemeiner Schulabschluss der Bevölkerung (15 - 64 J.) in Berlin nach Geschlecht, Migrationsstatus der Befragten	Jahrestabelle
2.14-1	Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung und der Erwerbstätigen in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit der Befragten	Jahrestabelle
2.14-2	Beruflicher Ausbildungsabschluss der Bevölkerung in Berlin nach Bezirken	Jahrestabelle
2.14-3	Beruflicher Ausbildungs-/Hochschulabschluss der Bevölkerung (15 - 64 J.) in Berlin nach Geschlecht und Migrationsstatus der Befragten	Jahrestabelle
	• <i>Erwerbstätigkeit und Einkommen</i>	
2.15-1	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Berlin	Zeitreihe
2.15-2	Verfügbares Einkommen der privaten Haushalte und privaten Organisationen ohne Erwerbszweck in Deutschland nach Bundesländern	Zeitreihe
2.17-1	Monatliches Familiennettoeinkommen von Familien in Berlin nach Familientyp, Alter der ledigen Kinder, und Geschlecht der Alleinerziehenden	Jahrestabelle
2.17z-1	Monatliches Nettoeinkommen von Privathaushalten in Berlin nach Haushaltsgröße, Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit der Haupteinkommensbezieher/innen	Jahrestabelle
2.17z-2	Monatliches Nettoeinkommen der Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
2.17z-3	Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, überwiegendem Lebensunterhalt, Migrationsstatus	Jahrestabelle
2.18-1	Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin nach Geschlecht, Erwerbsalter, Bezirken	Jahrestabelle
2.18-2	Bevölkerung, Erwerbstätige und Erwerbstätigenquote in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
2.18-3	Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Erwerbs- und Migrationsstatus	Jahrestabelle
2.18-4	Bevölkerung in Berlin nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Stellung im Beruf, Migrationsstatus	Jahrestabelle
2.18-5	Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Berlin und Deutschland nach Anzahl der Plätze, Besetzungsquote, Arbeitgeber	Zeitreihe
2.18-6	Schwerbehinderte Menschen in Beschäftigung (Anzeigeverfahren SGB IX) in Deutschland nach Arbeitgeber, Besetzungsquote, Bundesländern	Zeitreihe
	• <i>Familiäre Lebensformen</i>	
2.19-1	Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern in Berlin nach Geschlecht und Erwerbsstatus	Zeitreihe
2.19z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Verfügbarkeit sozialer Unterstützung in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
	• <i>Soziale Lage</i>	
2.20-1	Arbeitslose und Arbeitslosenquoten im Jahresdurchschnitt in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Schwerbehinderung, Rechtskreisen	Zeitreihe
2.20-2	Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Schwerbehinderung	Jahrestabelle
2.21-1	Arbeitslose nach Rechtskreisen SGB II und SGB III in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Jahrestabelle
2.22-1	Empfänger/innen von Leistungen gemäß 3. u. 4. Kapitel SGB XII außerhalb von Einrichtungen in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Bezirken (Stand: 31.12.)	Zeitreihe
2.22-2	Empfängerinnen und Empfänger von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen und Bezirken	Zeitreihe
2.24-1	Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin nach Bezirken (Stand: 31.12.)	Zeitreihe
2.24-2	Empfängerhaushalte von Wohngeld in Berlin nach Erwerbstatus, Nichterwerbstätigkeit, Haushaltsgröße und Bezirken	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
3.	Gesundheitszustand der Bevölkerung	
	<i>Allgemeine Übersicht zu Mortalität und Morbidität</i>	
	<i>Allgemeine Mortalität</i>	
3.1-1	Geschlechtsspezifische Gesamtsterblichkeit, vorzeitige Sterblichkeit und Alterssterblichkeit in Berlin und Deutschland	Zeitreihe
3.2-1	Geschlechtsspezifische Mortalitätsraten in Berlin nach Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)	Jahrestabelle
3.2-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten in Berlin nach den häufigsten Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen)	Zeitreihe
3.2z-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin nach ausgewählten Todesursachen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.2z-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an n.n.bez. ungenauen und unbekanntem Todesursachen in Deutschland und Berlin nach Bezirken (3 Jahre zusammengefasst)	Zeitreihe
3.3-1	Geschlechts- und altersspezifische Gesamtsterblichkeit in Berlin nach Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.3-2	Geschlechtsspezifische Gesamt- und vorzeitige Sterblichkeit in Berlin nach Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
3.3-3	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin nach Bezirken	Zeitreihe
3.6-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin	Zeitreihe
3.6-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin und Deutschland nach Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.6z-1	Geschlechtsspezifische Mortalität in Berlin nach Altersgruppen	Zeitreihe
3.7-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin und Deutschland (jeweils 3 Jahre zusammengefasst) nach Bezirken	Zeitreihe
3.8-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin nach den häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)	Jahrestabelle
3.8z-1	Geschlechtsspezifische Sterblichkeit in Berlin und Deutschland nach den zehn häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen)	Jahrestabelle
	<i>Abgeleitete Indikatoren</i>	
	• <i>Lebenserwartung</i>	
3.9-1	Geschlechts- und altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin und Deutschland (Dreijahreszeiträume)	Zeitreihe
3.10-1	Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland (Dreijahreszeiträume) nach Bundesländern	Zeitreihe
3.10-2	Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin (Dreijahreszeiträume) nach Bezirken	Zeitreihe
3.11-1	Mittlere und fernere Lebenserwartung (in Jahren), dar. mit und ohne Pflegebedürftigkeit, in Berlin nach Geschlecht und Altersgruppen	Zeitreihe
	• <i>Verlorene Lebensjahre</i>	
3.12-1	Anzahl der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL) (Alter 1 - 64 Jahre) in Berlin und Deutschland nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen	Jahrestabelle
	• <i>Vermeidbare Sterbefälle</i>	
3.13-1	Vermeidbare Todesfälle in Berlin nach Art der Vermeidbarkeit und prozentualer Anteil an der vorzeitigen und der Gesamtsterblichkeit sowie an allen vermeidbaren Todesfällen	Zeitreihe
3.13-2	Vermeidbare Todesfälle in Berlin nach Geschlecht, Todesursachen	Zeitreihe
3.13-3	Vermeidbare Todesfälle in Berlin nach Todesursachen und Art der Vermeidbarkeit	Zeitreihe
3.13z-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten der vermeidbaren Todesfälle und der Gesamtsterblichkeit in Berlin	Jahrestabelle
3.14-1	Ausgewählte vermeidbare Todesfälle (3 Jahre zusammengefasst) in Berlin und Deutschland nach Geschlecht, Todesursachen, Bezirken	Zeitreihe
	<i>Allgemeine Morbidität</i>	
	• <i>Subjektive Morbidität</i>	
3.15-1	Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes in Deutschland nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
3.15z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von mindestens 50 Krankheitstagen in den letzten 12 Monaten in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
3.17-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz gesundheitlicher Einschränkungen und Beeinträchtigung durch seelische Belastungen in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
3.17-2	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Sehbeeinträchtigungen in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
3.17-3	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz von Hörbeeinträchtigungen in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
3.18-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Prävalenz chronischen Krankseins, zu ausgewählten Krankheiten und Befunden in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Jahrestabelle
	• <i>Ambulante Morbidität</i>	
3.19-1	Die häufigsten Diagnosen in der allgemeinärztlichen sowie in der hausärztlich- und fachärztlich-internistischen Praxis in Berlin	Jahrestabelle
3.20-1	Die häufigsten Diagnosen in der Frauenarztpraxis in Berlin	Jahrestabelle
3.21-1	Die häufigsten Diagnosen in der Kinderarztpraxis in Berlin	Jahrestabelle
3.22-1	Die häufigsten Diagnosen in der orthopädischen Praxis	Jahrestabelle
3.23-1	Die häufigsten Diagnosen in der nervenärztlichen Praxis in Berlin	Jahrestabelle

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	• Stationäre Morbidität	
3.24-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin nach Geschlecht und ausgewählten Merkmalen	Zeitreihe
3.24-2	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin nach Geschlecht, Wohnort	Zeitreihe
3.24-3	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin nach Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-2	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-3	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-4	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-5	Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-6	Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.25-7	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen), durchschnittlich belegten Betten je Tag	Zeitreihe
3.25-8	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen, Bezirken	Jahrestabelle
3.25-9	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) (jeweils 3 Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen, Bezirken	Zeitreihe
3.26-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen	Jahrestabelle
3.26-2	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Hauptdiagnosegruppen	Zeitreihe
3.26-3	Aus einem Krankenhaus in oder außerhalb von Berlin entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) aus Berlin (Wohnort) nach Hauptdiagnosegruppen	Zeitreihe
3.26-4	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer (in Tagen)	Zeitreihe
3.26-5	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Altersgruppen, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer, durchschnittlich belegten Betten je Tag	Jahrestabelle
3.26-6	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Rangfolge der 20 häufigsten Einzeldiagnosen, durchschnittlich belegten Betten je Tag	Zeitreihe
3.26-7	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen, Einzeldiagnosen, durchschnittlicher Verweildauer, durchschnittlich belegten Betten je Tag	Jahrestabelle
3.26z-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin nach Fachabteilungen, Wohnort	Jahrestabelle
3.26z-2	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin nach Fachabteilungen und Wohnort in Berlin/im Ausland	Zeitreihe
3.27-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle, ohne/mit Stundenfälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Bezirken	Zeitreihe
3.27-2	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Bezirken	Zeitreihe
3.27-3	Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle in Berlin (nur Berliner) nach Bezirken	Zeitreihe
	• Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten	
3.31-1	Arbeits- und Wegeunfälle in Berlin (Ereignisprinzip) und Deutschland	Zeitreihe
3.32-1	Ausgewählte begutachtete Berufskrankheitenvorgänge in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
	• Medizinische Leistungen zur Rehabilitation	
3.33-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (alle Altersgruppen und Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.34-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.34-2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Jahrestabelle
3.35-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (alle Altersgruppen und 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Hauptdiagnosegruppen	Zeitreihe
3.36-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht, Regionen	Zeitreihe
3.36-2	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe (Alter 0 - 64 Jahre) in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	• Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit	
3.37-1	Rentenzugänge und -bestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.37-2	Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.38-1	Rentenzugänge und Rentenbestand wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.39-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin nach Geschlecht, Hauptdiagnosegruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.40-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin nach Geschlecht, Regionen	Zeitreihe
	• Schwerbehinderte	
3.41-1	Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht	Zeitreihe
3.41-2	Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin (Stand: 31.12.) nach Bundesländern	Zeitreihe
3.42-1	... nach Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.42-2	... nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.43-1	... nach Geschlecht, Art der schwersten Behinderung	Jahrestabelle
3.44-1	... nach Geschlecht, Grad der Behinderung, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.45-1	... nach Geschlecht, Bezirken	Zeitreihe
3.45-2	... nach Grad der Behinderung, Bezirken	Zeitreihe
	• Pflegebedürftigkeit	
3.46-1	Pflegebedürftige Personen in Berlin (Stand: 15.12.) nach Geschlecht, Leistungsart	Zeitreihe
3.47-1	... nach Geschlecht, Altersgruppen, Leistungsart (Stand: 15.12.)	Jahrestabelle
3.48-1	... nach Geschlecht, Pflegestufen, Leistungsart (Stand: 15.12.)	Zeitreihe
	... nach Geschlecht im Regionalvergleich	Zeitreihe
	Krankheiten/Krankheitsgruppen	
	Gesundheitszustand von Säuglingen	
3.50-1	Lebendgeborene in Berlin und Deutschland nach Geburtsgewicht	Zeitreihe
3.51-1	Lebendgeborene in Berlin nach Geburtsgewicht, Bezirken	Zeitreihe
3.53-1	Säuglingssterblichkeit in Berlin und Deutschland nach Früh-, Spät- und Postneonatalsterblichkeit sowie Neonatalsterblichkeit, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.53-2	Säuglings- und Perinatalsterblichkeit in Berlin nach Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.54-1	Gestorbene im 1. Lebensjahr (jeweils drei Jahre zusammengefasst) in Berlin nach Bezirken, in Deutschland nach Bundesländern	Zeitreihe
3.55-1	Perinatale Sterblichkeit in Berlin	Zeitreihe
3.55-2	Perinatale Sterblichkeit (jeweils drei Jahre zusammengefasst) in Berlin nach Bezirken, in Deutschland nach Bundesländern	Zeitreihe
3.56-1	Häufigste Todesursachen bei Säuglingen (darunter Plötzlicher Kindstod) in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.56-2	Plötzlicher Kindstod (Sudden infant death syndrome (SIDS)) in Berlin und Deutschland nach Geschlecht	Zeitreihe
3.56z-1	Müttersterblichkeit in Berlin, Deutschland	Zeitreihe
	Gesundheitszustand von Vorschulkindern	
3.57-1	Ausgewählte Indikatoren (Entwicklungsmerkmale) bei den Einschulungsuntersuchungen in Berlin nach Geschlecht, Migrationshintergrund	Zeitreihe
	Infektionskrankheiten	
3.58-1	Nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.59-1	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige Infektionskrankheiten in Berlin (Fälle entsprechen der Referenzdefinition) nach Geschlecht	Jahrestabelle
3.59-2	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin und Deutschland	Zeitreihe
3.59-3	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin nach Bezirken	Jahrestabelle
3.59-4	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten in Berlin nach Altersgruppen	Jahrestabelle
3.60-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge infektiöser und parasitärer Krankheiten in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.61-1	Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin nach Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.61-2	Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.61-3	Gemeldete Fälle an Tuberkulose in Berlin (3 Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.62-1	Gemeldete Fälle an offener Lungentuberkulose in Berlin (jeweils 3 Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen (alle und 0 - 64 Jahre), Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
3.62-2	Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen und offene Lungentuberkulose) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen (alle und 0 - 64 Jahre), Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
3.63-1	Gemeldete AIDS-Erkrankte in Berlin nach Geschlecht, Diagnosejahr, Betroffenengruppe	Zeitreihe
3.64-1	Gemeldete gesicherte HIV-Erstdiagnosen in Berlin nach Geschlecht, Diagnosejahr, Betroffenengruppe	Zeitreihe
3.65-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei infektiösen und parasitären Krankheiten in Berlin	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	Bösartige Neubildungen	
3.66-1	Bösartige Neubildungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Neuerkrankungen, Krankenhausfälle, Sterbefälle, med. Reha., Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.67-1	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht	Zeitreihe
3.68-1	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.69-1	Gemeldete Neuerkrankungen an ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin (mit/ ohne DCO Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Krebslokalisation	Zeitreihe
3.69z-1	Altersstandardisierte Inzidenz an bösartigen Neubildungen bei Kindern (unter 15 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Bremen (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen	Zeitreihe
3.69z-2	Standardisierte Inzidenzverhältnisse (SIR) bei bösartigen Neubildungen bei Kindern (unter 15 Jahre) in Berlin, Brandenburg, Hamburg, Bremen (10-Jahres-Mittelwerte) nach ausgewählten Tumorlokalisationen	Zeitreihe
3.70-1	Gemeldete Neuerkrankungen an Lungenkrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.71-1	Gemeldete Neuerkrankungen an Brustkrebs (weiblich) und an Prostatakrebs (ohne/mit DCO-Fälle/n) in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.73-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) infolge bösartiger Neubildungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.75-1	Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen bösartiger Neubildungen in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.76-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge ausgewählter bösartiger Neubildungen in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.77-1	Geschlechtsspezifische Mortalität an ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin nach Altersgruppen	Zeitreihe
3.77-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten bösartigen Neubildungen in Berlin	Zeitreihe
3.77-3	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an bösartigen Neubildungen in Berlin (3 Jahre zusammengefasst) nach Bezirken	Zeitreihe
	Stoffwechselkrankheiten	
3.78-1	Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / med. Reha / Sterbefälle)	Zeitreihe
3.80-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Diabetes mellitus in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.81-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge Diabetes mellitus in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
	Psychische und Verhaltensstörungen, Mortalität bei Suizid und bei alkoholbedingten Krankheiten, Drogentote	
3.82-1	Psychische und Verhaltensstörungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / med.Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.83-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Jahrestabelle
3.85-1	Medizinische Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen	Zeitreihe
3.86-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge psychischer und Verhaltensstörungen in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.87-1	Von den Sozialpsychiatrischen Diensten gemeldete Einweisungen nach PsychKG und Betreuungsgesetz in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
3.88-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin	Zeitreihe
3.89-1	Geschlechtsspezifische Mortalität bei Suizid und Ereignissen, Umstände unbestimmt, in Berlin und Deutschland (3 Jahre zusammengefasst) nach Altersgruppen, Bezirken	Zeitreihe
3.89-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Suizid in Berlin und Deutschland	Zeitreihe
3.89z-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei ausgewählten alkoholbedingten Krankheiten in Berlin und Deutschland	Zeitreihe
3.89z-2	Geschlechtsspezifische Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) bei psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol in Berlin (jeweils 3 Jahre zusammengefasst) nach Bezirken	Zeitreihe
3.89z-3	Drogentote in Berlin und Deutschland nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
3.89z-4	Drogentote in Berlin nach dem letzten Wohnsitz (Bezirk)	Zeitreihe
3.89z-5	Drogentote in ausgewählten deutschen Großstädten und in Deutschland	Zeitreihe
	Krankheiten des Kreislaufsystems	
3.90-1 a	Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / med. Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.91-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.93-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen	Zeitreihe
3.94-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.95-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin	Zeitreihe
3.95-2	Sterbefälle an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.95-3	Sterbefälle an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.95z-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalitätsraten bei bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems in Berlin und Deutschland	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	Krankheiten des Atmungssystems	
3.96-1	Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / med. Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.97-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.99-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Atmungssystems in Berlin nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen	Zeitreihe
3.100-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Atmungssystems in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.101-1	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Atmungssystems in Berlin	Zeitreihe
	Krankheiten des Verdauungssystems	
3.102-1	Kariesprävalenz (DMF-T-Index) bei 12-jährigen Kindern in Berlin nach Bezirken (Schuljahre)	Zeitreihe
3.102-2	Kariesprävalenz und Kariesrisiko, DMF-T-Index der 12-jährigen Kinder in Deutschland nach Geschlecht, Bundesländern	Jahrestabelle
3.103-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.103z-1	Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / med. Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.103z-2	Geschlechts- und altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Verdauungssystems in Berlin	Jahrestabelle
	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	
3.104-1	Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / med. Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.105-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.107-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen	Zeitreihe
3.108-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
	Verletzungen, Vergiftungen, äußere Ursachen	
3.110-1	Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, ausgewählten Indikatoren (Krankenhausfälle / Sterbefälle / Reha / Rentenzugänge)	Zeitreihe
3.111-1	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschließlich Sterbefälle) wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin (nur Berliner) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.113-1	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe wegen Verletzungen und Vergiftungen in Berlin nach Geschlecht, ausgewählten Altersgruppen	Zeitreihe
3.114-1	Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Verletzungen und Vergiftungen in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.115-1	Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
3.116-1	Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin (Ereignisprinzip) nach Geschlecht	Zeitreihe
3.116z-1	Im Straßenverkehr verunglückte Personen (ohne Mitfahrer) in Berlin (Ereignisprinzip) nach Staatsangehörigkeit, Verletzungsschwere	Zeitreihe
3.117-1	Im Straßenverkehr verunglückte Personen in Berlin (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Altersgruppen, Verletzungsschwere	Zeitreihe
3.118-1	Im Straßenverkehr verunglückte, darunter tödlich verunglückte Personen in Berlin (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Bezirken	Zeitreihe
3.119-1	Alkoholbedingte Straßenverkehrsunfälle mit Personenschaden in Berlin (Ereignisprinzip) nach Verletzungsschwere	Zeitreihe
4.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	
	Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen	
	• Tabakkonsum	
4.1-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauchverhalten in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
4.5z-1	Raucher/innen im Haushalt der Einschüler/innen zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin nach sozialer Lage, Migrationshintergrund/Herkunft	Zeitreihe
	• Alkoholkonsum	
4.7-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Alkoholkonsum in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
4.7-2	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Rauschtrinken (Binge-Drinking) in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
	Ernährung	
	• Körpergewicht	
4.8-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zum Körpergewicht in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
4.9-1	Body Mass Index (BMI) bei Kindern zum Zeitpunkt der Einschulungsuntersuchungen in Berlin nach Geschlecht, Migrationshintergrund/Herkunft	Zeitreihe
	• Ernährungsweise	
4.11-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Obstverzehr in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
4.11-2	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit des Gemüseverzehr in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
	Weitere gesundheitsrelevante Verhaltensweisen	
4.12-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit körperlicher Aktivität in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
4.13-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Häufigkeit sportlicher Aktivität in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
5.	Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen	
	<i>Lebens- und Arbeitsbedingungen</i>	
	• Gesundheitsrisiken durch Schadstoffe in der Außenluft	
5.1-1	Stickstoffdioxid in der Außenluft in Berlin nach Messstationen	Zeitreihe
5.2-1	Schwefelstoffdioxid in der Außenluft in Berlin nach Messstationen	Zeitreihe
5.3-1	Feinstaub (PM 10) in der Außenluft in Berlin nach Messstationen	Zeitreihe
5.4-1	Ozon in der Außenluft in Berlin nach Messstationen	Zeitreihe
5.5-1	Benzol und Ruß in der Außenluft in Berlin nach Messstationen	Zeitreihe
	• Belastungen durch Schadstoffe im Trinkwasser und umweltbedingte Lärmbelastung	
5.6-1	Belastung des Trinkwassers mit Nitrat, Pestiziden, Blei, Kupfer und Trihalogenmethan in Berlin	Jahrestabelle
5.8-1	Belastung des Trinkwassers mit Escherichia coli und Enterokokken in Berlin	Jahrestabelle
5.9 - 1	Verkehrslärmexposition der Bevölkerung in Berlin nach Lärmindex und Pegelbereich	Jahrestabelle
	• Schadstoffe in der Ernährung und Belastung aus der Arbeitsumwelt	
5.10-1	Dioxine in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland	Zeitreihe
5.11-1	Polychlorierte Biphenyle (PCB) in der Kuhmilch und in der Frauenmilch in Deutschland	Zeitreihe
5.12-1	Ausgewählte Arbeitsbelastungen und Umgebungsfaktoren von Erwerbstätigen in Berlin, Hamburg, Bremen, Deutschland (BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung)	Jahrestabelle
5.12z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zu gesundheitsschädigenden Arbeitsbedingungen in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
5.13-1	Durch meldepflichtige Störfälle und Störungen in verfahrenstechnischen Anlagen verletzte und getötete Personen in Deutschland	Zeitreihe
	• Belastungen durch Badegewässer	
5.14-1	Ergebnisse der Badegewässerüberwachung in Berlin nach ausgewählten Erregern	Zeitreihe
5.14z-1	Untersuchungsergebnisse und Konformitätseinstufungen von Badegewässern gemäß Badegewässerverordnung vom 7.7.2008 in Berlin für die Badesaison	Jahrestabelle
5.14z-2	Jahresauswertung der während der jeweiligen Badesaison 14-tägig durchgeführten Sichttiefenmessungen in Berliner Badegewässern	Zeitreihe
6.	Einrichtungen des Gesundheitswesens	
	<i>Ambulante medizinische Einrichtungen</i>	
	• Ärztliche und psychotherapeutische Praxen	
6.1-1	Ärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin nach Versorgungsbereich, Art der Einrichtung, dort tätigen Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/-therapeuten	Zeitreihe
6.1z-1	Struktur der vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung in Berlin (Stichtag: 01.01.) nach beteiligten Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten	Zeitreihe
6.1z-2	An der kassenärztlichen Versorgung teilnehmende Ärztinnen/Ärzte in Berlin (Stichtag: 01.01.) nach Teilnahmeform und Bezirken	Zeitreihe
6.2-1	Versorgungsgrade mit an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen/Ärzten und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie Zulassungsbeschränkungen/mögliche Neu-Niederlassungen in Berlin nach Fachgebieten (Stichtag: 01.01.)	Zeitreihe
6.3-1	Ermächtigungen von Hochschulambulanz, Psychiatrischen Institutsambulanzen, Sozialpädiatrischen Zentren zur ambulanten vertragsärztlichen/-psychotherapeutischen Versorgung in Berlin (Stichtag: 01.01.) nach Fachgebieten	Zeitreihe
	• Zahnarztpraxen	
6.4-1	Zahnärztlich geleitete ambulante Gesundheitseinrichtungen in Berlin (Stichtag: 01.01.) nach Versorgungsbereich und Art der Einrichtung	Zeitreihe
6.5-1	Versorgungsgrad mit an der vertragszahnärztlichen Tätigkeit teilnehmenden Zahnärztinnen/Zahnärzten sowie Zulassungsbeschränkungen in Berlin (Stichtag: 01.01.)	Zeitreihe
	• Sonstige medizinische Einrichtungen	
6.7-1	Dialyseeinrichtungen und Behandlungsverfahren bei Dialysepatientinnen und -patienten in Deutschland nach Bundesländern - absolut	Zeitreihe
6.8z - 1	Ausgewählte Leistungen des Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin Berlin	Zeitreihe
6.9-1	Rettungsleitstellen, Rettungswachen, Rettungsfahrzeuge und Rettungshubschrauber in Berlin (Stichtag: 31.12.)	Zeitreihe
6.10-1	Gesundheitseinrichtungen für Suchtkranke in Berlin (Stichtag: 31.12.)	Zeitreihe
	<i>Stationäre/teilstationäre medizinische Einrichtungen</i>	
	• Krankenhäuser	
6.11-1	Krankenhäuser und Bettenzahl in Berlin nach Krankenhausstyp	Zeitreihe
6.11z-1	Bettenkapazität der Berliner Krankenhäuser nach Krankenhausstyp, Trägerbereichen	Zeitreihe
6.12-1	Krankenhäuser, Bettenzahl und Personal (Jahresdurchschnittswerte bezogen auf Vollkräfte) in Berlin nach Größenklassen	Zeitreihe
6.12-2	Personal der Krankenhäuser (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) in Berlin nach Personalgruppen, Krankenhausstyp	Zeitreihe
6.13-1	Krankenhäuser in Berlin nach Fachabteilungen, Bettenzahl	Jahrestabelle
6.14-1	Tages- und Nachtambulanzplätze in Krankenhäusern in Berlin nach Fachabteilungen	Zeitreihe
6.15-1	Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot der voll- und teilstationären Versorgung der Krankenhäuser in Berlin nach Fachabteilungen, Versorgungsregionen (Stichtag: 31.12.)	Jahrestabelle
6.15z-1	Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot der Krankenhäuser in Berlin nach Fachabteilungen, Trägerbereichen (Stichtag: 31.12.)	Zeitreihe
6.15z-2	Das ordnungsbehördlich genehmigte Bettenangebot sowie bisher und neu geplantes Bettenangebot in den Plankrankenhäusern Berlins nach Fachabteilungen	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	Pflegeeinrichtungen	
6.17-1	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung, verfügbaren Plätzen (2-jährlich)	Zeitreihe
6.18-1	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung, verfügbaren Plätzen, Bezirken (2-jährlich)	Zeitreihe
6.18-2	Bedarf an Langzeitpflegeplätzen in Pflegeeinrichtungen in Berlin nach Bezirken	Zeitreihe
6.19-1	Ambulante Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag 15.12.) nach Art, Größenklassen, Pflegebedürftigen, Trägerschaft	Zeitreihe
6.20-1	(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag 15.12.) nach Art, verfügbaren Plätzen und Trägerschaft	Zeitreihe
	Weitere Einrichtungen des Gesundheitswesens	
6.21-1	Bestand an Apotheken in Berlin nach Bezirken	Zeitreihe
6.22-1	Bestand an medizinisch-technischen Großgeräten in den Krankenhäusern in Berlin (Stichtag: 31.12.)	Zeitreihe
7.	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung	
	Inanspruchnahme/Leistungen der Prävention, Gesundheitsförderung und Früherkennung von Krankheiten	
	• Schwangerenbetreuung, Geburten und Schwangerschaftsabbrüche	
7.1-1	Inanspruchnahme von Beratungen nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) in Berlin nach Trägerbereich der Beratungsstellen	Zeitreihe
7.1z-1	Inanspruchnahme und Leistungen der Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, ausgewählten Bereichen, Standorten	Zeitreihe
7.1z-2	Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen in Berlin nach Staatsangehörigkeit, Trägerschaft	Zeitreihe
7.1z-3	Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen und beratene Frauen in Berlin nach Staatsangehörigkeit, Träger, Standorten	Zeitreihe
7.2-1	In Deutschland gemeldete Schwangerschaftsabbrüche von Berlinerinnen (Wohnortprinzip) nach Altersgruppen, ambulant/stationär vorgenommenen Eingriffen und Rechtsgrundlage des Abbruchs	Zeitreihe
7.2z-1	Schwangerschaftsabbrüche (darunter Fetozide) in Deutschland (Wohnort- und Ereignisprinzip) nach Bundesländern (Wohnortprinzip)	Zeitreihe
7.4z-1	Gemeldete Entbindungen in Berlin (Ereignisprinzip) nach Trägerbereich des Krankenhauses und Ort der außerklinischen Entbindung	Zeitreihe
7.4z-2	Gemeldete Entbindungen und Lebendgeborene in Berlin (Ereignis- und Wohnortprinzip)	Zeitreihe
7.4z-3	Gemeldete Entbindungen und Geborene in Berlin (Ereignisprinzip) nach Krankenhaussträger, Ort der außerklinischen Entbindung, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
7.4z-4	Gemeldete Entbindungen in Krankenhäusern in Berlin (Ereignisprinzip) nach ausgewählten Merkmalen	Zeitreihe
7.4z-5	Gemeldete außerklinische Entbindungen in Berlin (Ereignisprinzip) nach Bezirken und ausgewählten Merkmalen	Zeitreihe
7.4z-6	Gemeldete Geborene in Berlin (Ereignisprinzip) nach Geschlecht, Geburtsgewicht, Geburtsort (Krankenhaus/außerklinisch) und Sterbefällen	Zeitreihe
7.4z-7	In Krankenhäusern geborene Kinder (Lebend- und Totgeborene) in Deutschland nach Bundesländern (Ereignisprinzip)	Zeitreihe
	• Krankheitsfrüherkennung für Kinder	
7.5-1	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin nach Migrationshintergrund/Herkunft	Zeitreihe
7.6-1	Inanspruchnahme des Krankheitsfrüherkennungsprogramms für Kinder in Berlin nach Bezirken (Wohnort der Kinder)	Zeitreihe
	• Inanspruchnahme von Beratungs- und Behandlungsangeboten des öffentlichen Gesundheitsdienstes für Kinder und Jugendliche	
7.6z-1	Im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst (KjPD) neu vorgestellte Kinder und Jugendliche in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
	• Kariesprävalenz und Kariesprophylaxe bei Kindern	
7.7-1	Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Kindern: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin nach Schuljahren, Bezirken	Zeitreihe
7.8-1	Von den Zahnärztlichen Diensten durchgeführte Karies-Prophylaxe bei Schülern/Schülerinnen: Gebisszustand bei Erstuntersuchungen in Berlin nach Schuljahren, Schultyp, Bezirken	Zeitreihe
7.9-1	Durch Vorsorgeuntersuchungen, Gruppenprophylaxe und Fluoridierungsmaßnahmen der Zahnärztlichen Dienste erreichte Kinder und Schüler/innen sowie durchgeführte Informationsveranstaltungen in Berlin nach Schuljahr, Einrichtungstyp, Bezirken	Zeitreihe
	• Impfungen	
7.11-1	Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern/Einschülerinnen in Berlin nach Migrationshintergrund/Herkunft - Teil 1	Zeitreihe
7.12-1	Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern/Einschülerinnen in Berlin nach Migrationshintergrund/Herkunft - Teil 2	Zeitreihe
7.13-1	Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern/Einschülerinnen in Berlin nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 1	Zeitreihe
7.14-1	Ausgewählte Impfquoten bei Einschülern/Einschülerinnen in Berlin nach Bezirken (Wohnort der Kinder) - Teil 2	Zeitreihe
7.14z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme/Prävalenz von Gripeschutzimpfung und Tetanusimpfung in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
	• Vorsorgeuntersuchungen	
7.16-1	Beteiligung von GKV-Versicherten an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
7.17-1	Beteiligung von GKV-Versicherten am Gesundheits-Check-up in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
7.17z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme von Zahnvorsorgeuntersuchungen in den letzten 12 Monaten in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	Inanspruchnahme/Leistungen der ambulanten Versorgung	
	• Ambulante ärztliche, psychotherapeutische, sozialpsychiatrische und zahnärztliche Leistungen	
7.19-1	Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (nach § 72 SGB V und PsychThG) in Berlin	Zeitreihe
7.20-1	Inanspruchnahme ambulanter vertragsärztlicher Versorgung (nach § 72 SGB V) in Berlin nach Fachgruppen	Zeitreihe
7.20z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in den letzten 12 Monaten in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
7.22-1	Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung durch Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten sowie psychotherapeutischer und psychosomatischer Versorgung durch Ärztinnen/Ärzte in Berlin	Zeitreihe
7.23z-1	Im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) untersuchte Personen (18 Jahre und älter) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, ausgewählten Diagnosen	Zeitreihe
7.24-1	Abgerechnete vertragszahnärztliche Leistungsfälle (ambulant) in Berlin nach Behandlungsarten	Zeitreihe
	• Rettungsfahrten/Krankentransport, ärztlicher Bereitschaftsdienst, Erste-Hilfe-Stellen	
7.25-1	Einsätze von Krankentransport-, Rettungswagen, Notarzteinsatzfahrzeugen (Notarztwagen) und Rettungshubschrauber in Berlin	Zeitreihe
7.25z-1	Leistungen des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KV Berlin	Zeitreihe
7.25z-2	Vertragsärztliche ambulante Versorgung (Fallzahlen) in den Erste-Hilfe-Stellen der KV Berlin sowie in den Erste-Hilfe-Stellen/Rettungsstellen in Krankenhäusern in Berlin	Zeitreihe
	Inanspruchnahme/Leistungen der stationären/teilstationären Versorgung	
	• Inanspruchnahme und Leistungen von Krankenhäusern	
7.26-1	Behandlungsfälle (einschließlich Stundenfälle) sowie Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin nach Krankenhausstyp	Zeitreihe
7.26z-1	Selbstauskunft der erwachsenen Bevölkerung zur Inanspruchnahme einer stationären Krankenhausbehandlung in den letzten 12 Monaten in Deutschland nach Geschlecht, Altersgruppen, Bildungsgruppen	Zeitreihe
7.27-1	Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in Berlin nach Krankenhausstyp	Zeitreihe
7.28-1	Personaleinsatz (Vollkräfte) in Krankenhäusern in Berlin nach ausgewählten Personalgruppen, Beschäftigungsverhältnis, Krankenhausstyp, belegten Betten, Fallzahl	Zeitreihe
7.29-1	Betten, Behandlungsfälle, Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern in Berlin nach Fachabteilungen sowie intensivmedizinischer und neonatologischer Versorgung	Zeitreihe
7.29-2	Krankenhaustätigkeit in Berlin nach Fachabteilungen	Zeitreihe
7.29-3	Durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern in Berlin nach Fachabteilungen	Zeitreihe
7.29-4	Bettenauslastung in Krankenhäusern in Berlin nach Fachabteilungen	Zeitreihe
7.29z-1	Vor-, nachstationäre und teilstationäre Behandlungen sowie ambulante Operationen in Krankenhäusern in Berlin nach Krankenhausstyp	Zeitreihe
7.29z-2	Vor-, nach- und teilstationäre Behandlungsfälle sowie teilstationäre Behandlungstage in Krankenhäusern in Berlin nach Fachabteilungen und ausgewählten organisatorisch abgrenzbaren Einrichtungen	Zeitreihe
7.30-1	Herzchirurgische Eingriffe in Herzchirurgischen Zentren in Berlin und in Deutschland	Zeitreihe
7.30z-1	Gespendete Organe (ohne Lebendspende) in Berlin und Deutschland nach ausgewählten gespendeten Organen	Zeitreihe
	Inanspruchnahme/Leistungen der Versorgung in Pflegeeinrichtungen	
7.33-1	Pflegebedürftige in Berlin (Stichtag 15.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, Art der Leistungen	Jahrestabelle
7.33-2	Pflegebedürftige in Berlin nach Geschlecht, Leistungsart, Trägergruppe der Einrichtungen und Leistungsträgern des Pflegegeldes (Stichtage: 15.u.31.12.)	Zeitreihe
7.33-3	Von ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin (Stichtag: 15.12.) nach Art der Leistungen, Trägergruppen, Bezirken	Jahrestabelle
7.33-4	Von ambulanten/stationären Pflegeeinrichtungen betreute Pflegebedürftige in Berlin (Stichtag: 15.12.) nach Art der Leistungen, Bezirken	Zeitreihe
7.34-1	Pflegegeldempfänger/innen (Stichtag 31.12.) in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Pflegestufen, Leistungsart, Leistungsträger	Jahrestabelle
7.35-1	Inanspruchnahme ambulanter Pflege in Berlin am 15.12. nach Geschlecht, Pflegestufen, Bezirken	Jahrestabelle
7.36-1	Inanspruchnahme (teil-)stationärer Pflege in Berlin am 15.12. nach Geschlecht, Leistungsart, Pflegestufen, Bezirken	Jahrestabelle
7.36-2	Langzeit- und Tagespflege in Berlin am 15.12. nach verfügbaren Plätzen, Trägern, betreuten Pflegebedürftigen, Auslastung	Zeitreihe
	Sonstige(r) Leistungen/Bedarf	
7.37-1	Allogenes und autologes Blutspendeaufkommen in Deutschland nach Gewinnungsverfahren	Zeitreihe
7.38-1	Herstellung und Verbrauch von Blutprodukten in Deutschland	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
8.	Beschäftigte im Gesundheitswesen	
	<i>Beschäftigte im Überblick</i>	
8.1-1	Beschäftigte im Gesundheitswesen und in Pflegeeinrichtungen in Berlin nach Geschlecht, Berufsgruppen, Tätigkeitsbereich	Zeitreihe
	<i>Ausgewählte im ambulanten und stationären Bereich tätige Berufsgruppen</i>	
	• <i>Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten und Zahnärztinnen/-ärzte</i>	
8.5-1	Ärztinnen und Ärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich	Zeitreihe
8.5z-1	Ärztinnen und Ärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Tätigkeitsbereich und ausgewählten Fachgebieten	Zeitreihe
8.6-1	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Altersgruppen, ausgewählten Tätigkeitsbereichen	Zeitreihe
8.7-1	Mit Versorgungsauftrag nach SGB V in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in Berlin (Stand: 01.01.)	Zeitreihe
8.8-1	Mit Versorgungsauftrag nach SGB V in ambulanten Einrichtungen tätige Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten (Stand: 01.01.) und Zahnärztinnen/Zahnärzte (Stand: 31.12.) in Berlin nach Bezirken	Zeitreihe
8.9-1	Ärztinnen und Ärzte in ambulanten Einrichtungen in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, ausgewählten Gebietsbezeichnungen	Zeitreihe
8.9z-1	Im ambulanten Bereich tätige Ärztinnen/Ärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
8.10-1	Zahnärztinnen und Zahnärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
8.11-1	Zahnärztinnen/Zahnärzte und Kieferorthopädinnen/Kieferorthopäden in ambulanten Einrichtungen in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht	Zeitreihe
8.11z-1	Im ambulanten Bereich tätige Zahnärztinnen/Zahnärzte in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Bezirken	Zeitreihe
8.12-1	Berufstätige Psychotherapeutinnen/-therapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen/Ärzte in Berlin (Stand: 31.12./01.01.) nach Geschlecht	Zeitreihe
8.12-2	Berufstätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich, Bezirken	Zeitreihe
8.12-3	Mitgliederstruktur der Psychotherapeutenkammer Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht und Altersgruppen	Zeitreihe
8.13-1	Mit Versorgungsauftrag in ambulanten Einrichtungen tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und psychotherapeutisch weitergebildete Ärztinnen und Ärzte in Berlin (Stichtag: 01.01.) nach Bezirken	Zeitreihe
	• <i>Pflegeberufe und sonstige Gesundheitsdienstberufe</i>	
8.14-1	Sozialversicherungspflichtig Beschäftigte ausgewählter Gesundheitsberufe im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen (Stand: 31.12.) nach Klassifizierung der Berufe (KldB 2010), der Wirtschaftszweige (WZ 2008) und nach Geschlecht	Jahrestabelle
8.16-1	Niedergelassene Heilpraktiker/innen u. eingeschränkt für Psychotherapie in Berlin nach Geschlecht, Bezirken (Stand: 31.12.)	Zeitreihe
8.16z-1	Selbstständiges Medizinalfachpersonal in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Berufsgruppen, Bezirken	Zeitreihe
8.16z-2	Selbstständiges Medizinalfachpersonal in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, ausgewählten Berufsgruppen	Zeitreihe
	• <i>Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen</i>	
8.17-1	Beschäftigte der Krankenhäuser in Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen, Beschäftigungsumfang, Krankenhausstyp	Zeitreihe
8.17-2	Ärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin (Stichtag 31.12.) nach Geschlecht, Gebietsbezeichnungen, funktioneller Stellung, Beschäftigungsumfang	Jahrestabelle
8.18-1	Nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, ausgewählten Funktionsbereichen, Beschäftigungsumfang	Zeitreihe
8.18-2	Hauptamtlich beschäftigtes nichtärztliches Personal der Krankenhäuser in Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht, Personalgruppen, Berufsbezeichnungen	Zeitreihe
8.18z-1	Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) mit direktem Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhausstyp	Zeitreihe
8.18z-2	Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen und Krankenhausstyp	Zeitreihe
8.18z-3	Krankenhauspersonal (Vollkräfte im Jahresdurchschnitt) mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis in der Einrichtung in Berlin nach Personalgruppen bzw. Funktionsbereichen	Zeitreihe
8.22-1	Freiberuflich und im Krankenhaus tätige Hebammen/Entbindungspfleger in Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht	Zeitreihe
	<i>Personal in Pflegeeinrichtungen</i>	
8.24-1	Personal in ambulanten und (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag: 15. 12.) nach Geschlecht, Teilzeitbeschäftigung und geschätzten Vollzeitäquivalenten	Zeitreihe
8.25-1	Personal in ambulanten und (teil-) stationären Pflegeeinrichtungen in Berlin (Stichtag: 15.12.) nach Geschlecht, Beschäftigungsverhältnis, Berufsabschluss, Tätigkeitsbereich, Träger der Einrichtung	Zeitreihe
	<i>Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst</i>	
8.26-1	Personal im öffentlichen Gesundheitsdienst (Stand: 30.06.) sowie ermittelter 2013 gemäß Senatsbeschluss von 2009 in Berlin nach Vollzeitäquivalenten, Fachbereichen, Berufsgruppen	Zeitreihe
8.27-1	Personal im öffentlichen Dienst im Land Berlin - Beschäftigte der Bezirksverwaltung im Bereich Gesundheit (Einzelplan 41) (Stichtag: 30.06.) nach Beschäftigten, Vollzeitäquivalenten, Bezirken	Zeitreihe
	<i>Personal in Apotheken</i>	
8.28-1	Apothekerinnen und Apotheker sowie weitere in Apotheken tätige Berufsgruppen in Berlin (Stand: 31.12.) nach Geschlecht, Tätigkeitsbereich	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
9.	Ausbildung im Gesundheitswesen	
	<i>Auszubildende im Gesundheitswesen</i>	
9.1-1	Ausbildungsplätze und Schüler/innen der Gesundheitsfachberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) und beruflichen Schulen (Altenpflege; Stand: Oktober) in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Ausbildungsberufen	Zeitreihe
9.1-2	Schüler/innen der Gesundheitsfachberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) und beruflichen Schulen (Altenpflege; Stand: Oktober) in Berlin nach Geschlecht, Ausbildungsberufen	Zeitreihe
9.1-3	Plätze, Personal, Schüler/innen und Auszubildende an den Ausbildungsstätten der Krankenhäuser in Berlin (Stichtag: 31.12.) nach Geschlecht und Ausbildungsberufen	Zeitreihe
9.1-4	Schüler/innen nichtakademischer Gesundheitsberufe an Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens (Stand: 01.11.) und beruflichen Schulen (Stand: Oktober) in Berlin nach Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, Berufsgruppen, Schulart	Zeitreihe
9.1-5	Schüler/innen an beruflichen Schulen - Berufsfeld Gesundheit - in Berlin (Stand: Oktober) nach Geschlecht, Schulart	Zeitreihe
9.1z-1	Auszubildende in den Ausbildungsberufen Medizinische und Zahnmedizinische Fachangestellte sowie Pharmazeutisch-kaufmännische Angestellte in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Ausbildungsverträgen, Prüfungsteilnahme	Zeitreihe
	<i>Erlaubnis zum Führen einer Berufsbezeichnung ausgewählter Gesundheitsfachberufe</i>	
9.2-1	Für ausgewählte Gesundheitsfachberufe erteilte Berufserlaubnisse in Berlin an Personen, die die entsprechende Berufsausbildung nicht in Deutschland absolviert haben	Zeitreihe
9.2z-1	Erlaubnisse zum Führen von Berufsbezeichnungen in den Gesundheitsfachberufen und sozialpflegerischen Berufen in Berlin nach Geschlecht	Zeitreihe
9.2z-2	Anträge auf Zulassung zum Staatsexamen (einschließlich Wiederholungsanträge) in den Gesundheitsfachberufen in Berlin	Zeitreihe
9.2z-3	Staatliche Anerkennungen im Gesundheitsfachberuf Altenpflege und in den sozialpflegerischen Berufen Heilerziehungspflege und Familienpflege in Berlin nach Geschlecht und Altersgruppen	Zeitreihe
	<i>Erteilte Approbationen und Berufserlaubnisse</i>	
9.3-1	Erteilte Approbationen in akademischen Heilberufen in Berlin nach Geschlecht, Berufen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
9.4-1	Erteilte Berufserlaubnisse in akademischen Heilberufen in Berlin nach Geschlecht, Berufen und Staatsangehörigkeit	Zeitreihe
	<i>Weiterbildung</i>	
9.4z-1	Weiterbildungsstätten und erteilte Erlaubnisse zur Führung von Weiterbildungsbezeichnungen in Pflege- und Medizinalfachberufen in Berlin	Zeitreihe
10.	Ausgaben und Finanzierung	
	<i>Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern und Leistungsarten</i>	
	• SGB XII, AsylbLG, BVG-KOF und LPfGG	
10.8z-1	Ausgaben sowie Empfänger/innen ausgewählter Gesundheits- und Pflegeleistungen nach SGB XII in Berlin nach Hilfearten	Zeitreihe
10.8z-2	Ausgaben für ausgewählte Gesundheitsleistungen nach AsylbLG in Berlin nach Hilfearten	Zeitreihe
10.8z-3	Aufwand für Pflegegelder, Sachleistungen und Rentenversicherungsbeiträge an Pflegepersonen sowie Empfänger/innen gemäß Landespflegegeldgesetz (LPfGG) in Berlin	Zeitreihe
10.8z-5	Krankenhilfe und Hilfe zur Pflege nach BVG-KOF in Berlin nach Aufwand und Empfängern/Empfängerinnen (2-jährlich)	Zeitreihe
	• Weitere Ausgabenträger	
10.8z-4	Gewährte Fördermittel (in EUR) nach KHG/LKG und sonstige Zuschüsse für Krankenhäuser in Berlin (Stichtag: 31.12.)	Zeitreihe
	• Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)	
10.9-1	Leistungsausgaben und Netto-Verwaltungskosten in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin (Näherungswerte aus den Bundeszahlen errechnet anhand des Versichertenquotienten Deutschland/Berlin)	Zeitreihe
10.9-2	Leistungsausgaben in der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nach ausgewählten Kontenklassen und Kassenarten	Zeitreihe
10.16-1	Zuzahlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung in Berlin (Näherungswerte aus den Bundeszahlen errechnet anhand des Versichertenquotienten Deutschland/Berlin) nach Leistungs- und Kassenarten	Zeitreihe
	<i>Indikatoren zur Sozialversicherung</i>	
	• Krankenversicherte und Rentenversicherte	
10.17-1	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Berlin nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus - Ergebnisse des Mikrozensus (4-jährlich)	Zeitreihe
10.17-2	Krankenversicherungsschutz der Bevölkerung in Deutschland nach Art des Versicherungsverhältnisses sowie 2011 nach Geschlecht, Erwerbsstatus, Alter - Ergebnisse des Mikrozensus (4-jährlich)	Zeitreihe
10.18-1	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und mitversicherte Familienangehörige in Berlin (Stichtag: 01.07.) nach Geschlecht, Altersgruppen	Zeitreihe
10.18-2	Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Deutschland (Stichtag: 01.07.) nach Geschlecht, Bundesländern	Zeitreihe
10.19-1	Versichertenstruktur (Mitglieder und mitversicherte Familienangehörige) in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Berlin (Stichtag: 01.07.) nach allgemeiner Krankenversicherung, Krankenversicherung der Rentner, Kassenarten	Zeitreihe
10.19-2	Verhältnis von Mitgliedern der allgemeinen Krankenversicherung zu Mitgliedern der Krankenversicherung der Rentner in der GKV in Berlin (Stichtag: 01.07.) nach Kassenarten, Bundesländern	Zeitreihe
10.19-3	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt mit Wohnort in Berlin (Stichtag: 01.07.) nach Bevölkerungsanteil, Kassenarten, Marktanteilen	Zeitreihe
10.19-4	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und GKV-Versicherte insgesamt in Deutschland (Stichtag: 01.07.) nach Kassenarten, Marktanteilen, Bundesländern	Jahrestabelle
10.19z-1	Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit, Regionen	Zeitreihe
10.19z-2	Aktiv Versicherte in der Deutschen Rentenversicherung in Berlin nach Geschlecht, Altersgruppen, Staatsangehörigkeit	Zeitreihe

Nr.	Inhalt	Zeitraum
	• Beitragsätze, Grundlohnsummen und RSA	
10.20-1	Beitragsbemessungsgrenzen und Beitragsätze in der Sozialversicherung und Entgeltgrenze für geringfügige Beschäftigung in Deutschland (Stichtag: 01.01.) nach alten und neuen Bundesländern	Zeitreihe
10.20-2	Beitragsätze zur Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner in Deutschland (Stichtag: 01.01.) nach Beitragsanteilen der Versicherten und der gesetzlichen Rentenversicherung	Zeitreihe
10.21-1	Einnahmen und Ausgaben ausgewählter Zweige der gesetzlichen Sozialversicherung in Deutschland	Zeitreihe
10.22-1	Einnahmen und Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland nach Kassenarten	Zeitreihe
10.23z-1	Zahl der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland (Stand: 01.01.) nach Kassenarten	Zeitreihe
11.	Kosten	
	<i>Kostenstruktur von ambulanten Gesundheitseinrichtungen</i>	
11.1-1	Kostenstruktur in Arztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland nach Praxisform, Fachgebieten, Regionen (4-jährlich).	Zeitreihe
11.1-2	Kostenstruktur in Arztpraxen (ohne Medizinische Versorgungszentren) in Deutschland nach Fachgebieten und Regionen	Zeitreihe
11.1-3	Kostenstruktur in Arztpraxen (ohne Medizinische Versorgungszentren) in Deutschland nach Fachgebieten	Zeitreihe
11.1-4	Honorarumsätze aus vertragsärztlicher und vertragspsychotherapeutischer Tätigkeit in Deutschland und ausgewählten Kassenärztlichen Vereinigungen nach Art der Vergütung	Zeitreihe
11.2-1	Kostenstruktur in Zahnarztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland nach Praxisform (4-jährlich)	Jahrestabelle
	Kostenstruktur in Zahnarztpraxen und dort tätige Personen in Deutschland nach Praxisform, Regionen.	Zeitreihe
11.3-1	Kostenstruktur in psychotherapeutischen Praxen und dort tätige Personen in Deutschland nach Praxisform, Fachrichtung (4-jährlich).	Jahrestabelle
11.3z-1	Gesamtvergütungen in der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Versorgung in Deutschland und ausgewählten Kassenärztlichen Vereinigungen nach Art der Vergütung	Zeitreihe
11.3z-2	Kostenstruktur von Einrichtungen des Gesundheitswesens in Deutschland nach Fachrichtung (Klassifikation der Wirtschaftszweige (WZ) 2008)	Jahrestabelle
11.3z-3	Durchschnittlicher Umsatz (in EUR) von Apotheken in Deutschland nach Bundesländern	Zeitreihe
	<i>Kostenstruktur von Krankenhäusern</i>	
11.4-1	Kosten der Krankenhäuser in Berlin nach Kostenarten, Krankenhausgrößenklassen, Krankenhaustyp	Jahrestabelle
11.4-2	Kostenanteile und Kostenziffern der Krankenhäuser in Berlin nach ausgewählten Kostenarten, Krankenhaustyp	Jahrestabelle
11.4-3	Bereinigte Kosten und Kostenkennziffern der Krankenhäuser in Berlin nach Krankenhaustyp	Zeitreihe
11.5z-1	Personalkosten je Vollkraft (Vollzeitäquivalent) in den Krankenhäusern in Berlin nach Personalgruppen, Krankenhaustyp und -größenklassen	Zeitreihe
11.5z-2	Personalkosten je Vollkraft (Vollzeitäquivalent) in den Krankenhäusern in Berlin nach Personalgruppen	Zeitreihe
11.5z-3	Krankenhauskosten und Kostenkennziffern in Deutschland nach Bundesländern	Jahrestabelle
11.6-1	Erlöse und Leistungen nach dem Fallpauschalen-Vergütungssystem (DRG-System) in Berlin (Ereignisprinzip)	Zeitreihe
	<i>Aufwendungen für Rehabilitation und Pflege</i>	
11.7-1	Aufwendungen für Leistungen zur Teilhabe in der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland nach Aufwendungsart und Versicherungsträgern	Zeitreihe
	<i>Aufwendungen für Leistungen in Pflegeeinrichtungen</i>	
11.8-1	Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (Stand 15.12.) nach Pflegeklassen sowie Art der Vergütung und des Trägers	Zeitreihe
11.8-2	Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (Stand 15.12.) nach verfügbaren Plätzen, durchschnittlicher Vergütung, Pflegeklassen und Bezirken	Jahrestabelle
11.8-3	Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen nach Bundesländern, Art der Vergütung und Pflegeklassen	Zeitreihe

Abkürzungsverzeichnis

AABR	Hirnstammaudiometrie	CMI	Case Mix Index
AAPD	American Academy of Pediatric Dentistry	CTG	Kardiotokographische Untersuchungen
Abs.	Absatz	CVK	Campus Virchow-Klinikum
abs.	absolut	d. h.	das heißt
AEH	Familienhebamme und Fachkraft aufsuchende Elternhilfe	dar.	darunter
AfS	Amt für Statistik Berlin-Brandenburg	dB(A)	Dezibel, A = adjusted (für angewandte Bewertungsmethode zur Bestimmung des Schallintensitätspegels)
AG	Arbeitsgruppe	DDR	Deutsche Demokratische Republik
AiP	Arzt im Praktikum	DFLE	Disability-free Life Expectancy (Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. Pflegebedürftigkeit)
Alg	Arbeitslosengeld	DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin
allg.	allgemein	DGZMK	Deutschen Gesellschaft für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
altersstand.	altersstandardisiert	DHV	Deutscher Hebammen Verband
AMTS	Arzneimitteltherapiesicherheit	DIMDI	Deutsches Institut für Dokumentation und Information
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse	DMF-T	decayed (kariös zerstört), missing (fehlend), filled (gefüllt), teeth (bleibende Zähne)
AOLG	Arbeitsgemeinschaft Oberster Landesgesundheitsbehörden	DMR	direct mortality ratio (direkt altersstandardisierte Mortalitätsrate)
App	Application (Computer-Programm - insbesondere bei Smartphones und Tablets)	Dr.	Doktor
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz	DRGs	Diagnosis Related Groups (diagnoseorientierte Fallpauschalen)
AV	Ausführungsvorschriften	DRK	Deutsches Rotes Kreuz
BBGes	Berliner Betrieb für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben	Drs.	Drucksache
BEEG	Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz	dVWD	durchschnittliche Verweildauer
BEMA	Bewertungsmaßstab zahnärztlicher Leistungen	e. V.	eingetragener Verein
BevStatG	Bevölkerungstatistikgesetz	EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
BG	Bedarfsgemeinschaft	ECC	Early Childhood Caries
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch	EEG	Elektroenzephalografie
BGBI. I	Bundesgesetzblatt Teil I	EKG	Elektrokardiographie
BHPV	Berufshaftpflichtversicherung	EMG	Elektromyografie
BKiSchG	Bundeskinderschutzesetz	ENTIS	European Network of Teratology Information Services
BMFSFJ	Bundesministerium für Familien, Senioren, Frauen und Jugend	et al.	et alii [lat.] (und andere)
BMG	Bundesministerium für Gesundheit	etc.	et cetera (und so weiter)
BPfIV	Bundespflugesatzverordnung	EU	Europäische Union
BSHG	Bundessozialhilfegesetz	EUR	Euro
bspw.	beispielsweise	Eurobev.	Europäische Standardbevölkerung
BZAEK	Bundeszahnärztekammer	Ev.	Evangelisch
bzgl.	bezüglich	f., ff.	folgende [Seite], folgende [Seiten]
bzw.	beziehungsweise	FPG	Fallpauschalengesetz
ca.	circa		
CCM	Campus Charité Mitte		
CDU/CSU	Christlich Demokratische Union Deutschlands/ Christlich-Soziale Union in Bayern		
CM	Case Mix		

FST	Frühsterblichkeit	KHEntgG	Krankenhausentgeltgesetz
FU	zahnärztliche Früherkennungsuntersuchung	KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
g	Gramm	KHStatV	Krankenhaus-Statistik-Verordnung
G-BA	Gemeinsamer Bundesausschuss	KiJu Fit	Netzwerk Präventionsmedizin und Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter
GBE	Gesundheitsberichterstattung		
GDG	Gesundheitsdienst-Gesetz	KiSchuG	Berliner Kinderschutzgesetz
G-DRG	German Diagnosis Related Groups	Kita	Kindertagesstätte
gem.	gemäß	KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
GewO	Gewerbeordnung	KKG	Kinderschutzgesetz
GG	Grundgesetz	KKH	Kaufmännische Krankenkasse
ggf.	gegebenenfalls	KuB	Kontakt- und Beratungsstelle
GKV	gesetzliche Krankenversicherung	KV	Kassenärztliche Vereinigung
GKV-FQWG	GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz	KZBV	Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung
GKV-VSG	GKV-Versorgungsstärkungsgesetz	KZV	Kassenzahnärztliche Vereinigung
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung	LABO	Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten
GMG	GKV-Modernisierungsgesetz	LAG	Landesarbeitsgemeinschaft Berlin zur Verhütung von Zahnerkrankungen e.V.
GMK	Gesundheitsministerkonferenz	LAGeSo	Landesamt für Gesundheit und Soziales Berlin
GOP	Gebührenordnungsposition		
GRV	gesetzliche Rentenversicherung	Lfd. Nr.	laufende Nummer
GSI	Gesundheits- und Sozialinformationssystem	LG	Lebendgeborene
GSiG	Grundsicherungsgesetz	LKS	Landeskoordinierungs- und Servicestelle Netzwerke Frühe Hilfen Berlin
GVBl.	Gesetz- und Verordnungsblatt für Berlin	LOI	Letter of Intent
HBFUG	Hochschulbauförderungsgesetz	LOR	lebensweltlich orientierte Räume
HgE	Hebammen geleitete Einrichtung	lt.	laut
HIV	human immunodeficiency virus (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)	MDK	medizinischer Dienst der Krankenkassen
HNO-Arzt	Hals, Nasen, Ohren Arzt	med.	medizinisch
HzL	Hilfe zum Lebensunterhalt	MedDRA	Medical Dictionary for Regulatory Activities
i. e. S.	im engeren Sinn	Mio.	Million(en)
i. w. S.	im weiteren Sinn	MMR-Impfung	Mumps, Masern und Röteln Impfung
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme), 10. Revision	Mrd.	Milliarden
ICD-10-GM	ICD-10 siehe oben, German Modification	MVZ	Medizinische Versorgungszentren
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung	MzK	Mitteilung zur Kenntnisnahme
IKK	Innungskrankenkasse	NFK	Nuckelflaschenkaries
inkl.	inklusive	NICDR	National Institute of Dental and Craniofacial Research
insg.	insgesamt	Nr., Nrn.	Nummer, Nummern
IP	Individualprophylaxeleistung	NZFH	Nationale Zentrum Frühe Hilfen
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen	o. g.	oben genannte
J.	Jahr	OÄ	Oberärztin
kg	Kilogramm	ÖGD	öffentlicher Gesundheitsdienst
KHBV	Krankenhaus-Buchführungsverordnung	OGGT	Oraler Glukosetoleranztest
		OTIS	Organization of Teratologen Information Specialists
		pdf	Portable Document Format

Pekip	Prager Eltern-Kind-Programm	u. ä.	und älter
Pkt.	Punkt, Punkte	u. a.	und andere, und anderes, unter anderen,
ppm F	parts per million Fluorid		unter anderem
PrävG	Präventionsgesetz	u. v. a. m.	und vieles andere mehr
Prof.	Professor/in	u. v. m.	und viele mehr
PS-Sparen	u. a. Lottomittel-Budgets	UAW	unerwünschte Arzneimittelwirkung
PST	Perinatalsterblichkeit	U-Heft	Ärztliches Untersuchungsheft
PStG	Personenstandsgesetzes	usw.	und so weiter
PStV	Personenstandsverordnung	UZ 1 bis 6	Vorsorgeuntersuchungen, vom 6. Lebensmo- nat bis zum 6. Lebensjahr
PVZ	Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum		
PYLL	Potential Years of Life Lost (verlorene Lebens- jahre)	vgl.	vergleiche
QS	Qualitätssicherung	VHS	Volkshochschule
rd.	rund	VTF	vermeidbare Todesfälle
RSD	Regionale Soziale Dienste	VvB	Verfassung von Berlin
s. o.	siehe oben	VZÄ	Vollzeitäquivalente
s. u.	siehe unten	WHO	World Health Organization
S.	Seite	WR	Wissenschaftsrat
SBW	Sozialstatistisches Berichtswesen	WS	Wintersemester
S-ECC	severe- Early Childhood Caries (schwere Form der frühkindlichen Karies unter Beteiligung von Glattflächen)	z. B.	zum Beispiel
		z. T.	zum Teil
		ZAA	Zentrale Aufnahmeeinrichtung für Asylbewer- ber
SenBildJugWiss	Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Berlin	ZÄD	Zahnärztlicher Dienst
		ZLA	Zentrale Leistungsstelle für Asylbewerber
SenGesSoz	Senatsverwaltung für Gesundheit und Sozia- les Berlin	ZuInvG	Zukunftsinvestitionsgesetz
		µg/kg	Mikrogramm
SFHÄndG	Schwangeren- und Familienhilfeänderungs- gesetz		
SGB	Sozialgesetzbuch		
SIDS	sudden infant death syndrome (Plötzlicher Kindstod)		
SMR	Standardized Mortality Ratio (indirekt alters- standardisierte Mortalitätsrate)		
SOC	System Organ Class		
SPD	Sozialdemokratische Partei Deutschlands		
SST	Säuglingssterblichkeit		
St.	Sankt		
StAG	Staatsangehörigkeitsgesetz		
StBA	Statistisches Bundesamt		
Std./Wo.	Stunden pro Woche		
STEEP	steps towards effective and enjoyable paren- ting (Frühinterventionsprogramm)		
StGB	Strafgesetzbuch		
STIKO	Ständige Impfkommision		
TG	Totgeburtlichkeit		
Tsd.	Tausend		
U (1 - 9)	Krankheitsfrüherkennungsuntersuchungen für Kinder		

Erläuterungen

Ärztinnen/Ärzte

Mit/ohne Gebietsbezeichnung: Mit Gebietsbezeichnung: Ärztinnen/Ärzte mit abgeschlossener Fachausbildung, die auf einem anerkannten Fachgebiet tätig sind. Ohne Gebietsbezeichnung: Praktische Ärztinnen/Ärzte, Ärztinnen/Ärzte in der Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin sowie Ärztinnen/Ärzte, deren Fachgebiet bisher nicht anerkannt ist.

Niedergelassene (freipraktizierende) bzw. ambulant tätige Ärztinnen/Ärzte: In freier Praxis Niedergelassene einschließlich denen mit nebenamtlicher Krankenhaustätigkeit (Belegärztinnen/Belegärzte) und ärztliche Angestellte in Praxen und in Einrichtungen nach § 311 (ehemalige Polikliniken) oder § 95 (Medizinische Versorgungszentren) Sozialgesetzbuch V (SGB V).

Hausärztinnen/Hausärzte: An der hausärztlichen Versorgung nehmen Allgemeinärzte/Allgemeinärztinnen, Kinderärzte/Kinderärztinnen, Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung, die die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung gewählt haben, Ärzte/Ärztinnen, die nach § 95a Abs. 4 und 5 Satz 1 in das Arztregister eingetragen sind und Ärzte/Ärztinnen, die am 31.12.2000 an der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben, teil (§ 73 SGB V). Bei der Ermittlung des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades zählen Kinderärzte/Kinderärztinnen nicht zu den Hausärzten/Hausärztinnen, sondern Hausärzte/Hausärztinnen mit Ausnahme der Kinderärzte/Kinderärztinnen werden jeweils als eigene Arztgruppe gewertet (§ 101 Abs. 5 SGB V).

Hauptamtlich im Krankenhaus: In einer Einrichtung festangestellte Ärztinnen/Ärzte (ohne Gast-, Konsiliar, hospitiierende und Belegärzte/Belegärztinnen) (siehe auch Vollzeitäquivalente).

Leitende Ärztinnen/Ärzte: Hauptamtlich in der Einrichtung (Krankenhaus / Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung) Tätige mit Chefarztverträgen sowie Ärztinnen/Ärzte als Inhaber/Inhaberin konzessionierter Privatkliniken.

Belegärztinnen/Belegärzte: Niedergelassene sowie andere nicht im Krankenhaus angestellte Ärztinnen/Ärzte, die berechtigt sind, ihre Patienten/Patientinnen unter Inanspruchnahme der hierfür bereitgestellten Dienste und Mittel stationär oder teilstationär zu behandeln, ohne hierfür vom Krankenhaus eine Vergütung zu erhalten.

Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (AiPs): Die Ausbildungsphase „Arzt im Praktikum“ ist durch das Gesetz zur Änderung der Bundesärzteordnung und anderer Gesetze vom 21. Juli 2004 ab 1. Oktober 2004 für Studierende der Medizin weggefallen. Vor dem 1. Oktober 2004 waren AiPs Ärzte/Ärztinnen mit Berufserlaubnis, denen die Approbation erst erteilt wurde, wenn sie nach bestandener Examen 18 Monate lang berufspraktisch gearbeitet hatten. Mit der Neuregelung kann nach erfolgreicher Ablegung der Ärztlichen Prüfung die Approbation als Ärztin oder Arzt beantragt werden.

Alleinerziehende

Nach dem Mikrozensus des StBA sind Alleinerziehende Mütter und Väter, die ohne Ehe- oder Lebenspartner/in mit ihren minder- oder volljährigen Kindern in einem Haushalt zusammenleben. Bis zum Jahr 2004 wurden zu den Alleinerziehenden noch weitere in deren Haushalt lebende Personen gezählt (z. B. der Partner/ die Partnerin einer nichtehelichen Lebensgemeinschaft).

Ambulante Operationen in Krankenhäusern

Nach § 115 b SGB V sind Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe zugelassen, die in einem zwischen Krankenkassen, Krankenhausträgern und Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbarten Katalog festgelegt sind. Eine ambulante Operation zeichnet sich dadurch aus, dass der Patient/die Patientin die Nacht vor und die Nacht nach der Operation nicht im Krankenhaus verbringt.

Approbation/Berufserlaubnis

Die Approbation ist die Genehmigung zur uneingeschränkten Berufsausübung in einem akademischen Gesundheitsberuf (Arzt/Ärztin, Apotheker/Apothekerin, Zahnarzt/Zahnärztin, Tierarzt/Tierärztin, Psychologische/r Psychotherapeut/in und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut/in), die entsprechend der maßgeblichen Berufsgesetze (Bundesärzteordnung, Bundes-Apothekerordnung, Gesetz über die Ausübung der Zahnheilkunde, Bundestierärzteordnung, Psychotherapeutengesetz) erteilt wird. Nach diesen Berufsgesetzen können, bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen, auch Erlaubnisse zur vorübergehenden Ausübung des jeweiligen Gesundheitsberufes (Berufserlaubnis) erteilt werden.

Arbeitslose

Arbeitslos ist, wer keine Beschäftigung hat (weniger als 15 Wochenstunden), versicherungspflichtige Arbeit sucht, nicht jünger als 15 Jahre ist, die Altersgrenze für den Renteneintritt (SGB VI) noch nicht erreicht hat, dem Arbeitsmarkt zur Verfügung steht, in der Bundesrepublik Deutschland wohnt und bei einer Agentur für Arbeit oder einem Träger der Grundsicherung arbeitslos gemeldet ist.

Nicht als arbeitslos aber mit Leistungsanspruch gelten:

- a) Beschäftigte, die mindestens 15 Stunden in der Woche arbeiten, aber wegen zu geringem Einkommen Arbeitslosengeld erhalten,
- b) erwerbsfähige Leistungsberechtigte, die keine Arbeit aufnehmen können, weil sie Kinder erziehen, Angehörige pflegen oder zur Schule gehen,
- c) Teilnehmerinnen und Teilnehmer in Maßnahmen aktiver Arbeitsmarktpolitik (z. B. beschäftigungsbegleitende und Beschäftigung schaffende Qualifizierungsmaßnahmen),
- d) 58-Jährige und Ältere, wenn sie, mindestens für die Dauer von zwölf Monaten, Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (Alg II) bezogen haben und ihnen in diesem Zeitraum keine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung angeboten worden ist,
- e) kurzzeitig (≤ 6 Wochen) arbeitsunfähig sind,
- f) Rentner und Pensionäre.

Rechtskreis SGB II: Mit dem Zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II) wurden im Zuge der so genannten „Hartz“-Reformen mit Wirkung vom 01.01.2005 die frühere Arbeitslosenhilfe und die frühere laufende Hilfe zum Lebensunterhalt für Bedarfsgemeinschaften mit erwerbsfähigen Hilfebedürftigen zusammengelegt. Diese Grundsicherung für Arbeitsuchende (Arbeitslosengeld II (Alg II)) sichert zum einen den Lebensunterhalt für erwerbsfähige Hilfebedürftige und für hilfebedürftige nichterwerbsfähige Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft (Sozialgeld) und auch die angemessenen Kosten für Unterkunft und Heizung, wenn kein Einkommen oder Vermögen vorhanden ist. Arbeitslosengeld II kann auch ergänzend zum Erwerbseinkommen oder Arbeitslosengeld I bezogen werden. Durch flankierende Maßnahmen soll die Eingliederung in den Arbeitsmarkt erleichtert werden.

Rechtskreis SGB III: Das Dritte Sozialgesetzbuch (SGB III) regelt das Arbeitsförderungsrecht einschließlich der Arbeitslosenversicherung. Es ist Grundlage der Tätigkeit der Bundesanstalt für Arbeit, der Regionaldirektionen der Bundesagentur und der Agenturen für Arbeit und soll durch Leistungen und Maßnahmen der Arbeitsförderung an Arbeitnehmer, Arbeitgeber und Träger der beruflichen Aus- und Weiterbildung die Eingliederungschancen am Arbeitsmarkt verbessern. Wer in Deutschland arbeitslos wird und aus seiner sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit in die Arbeitslosenversicherung eingezahlt und die Anwartschaftszeiten erfüllt hat, erhält im Unterschied zu den Bestimmungen des SGB II, Alg I (Versicherungsleistung aus der Arbeitslosenversicherung). Das Alg I wird vermögensunabhängig gewährt und erlaubt einen Hinzuverdienst bis 165 Euro im Monat. Darüber hinaus sind im SGB III verschiedene Leistungen und Maßnahmen zur Arbeitsvermittlung, beruflichen Eingliederung, Ausbildung u. ä. geregelt.

Arbeitslosenquote: Arbeitslose in Prozent der abhängigen zivilen Erwerbspersonen (sozialversicherungspflichtig und geringfügig Beschäftigte, Beamte, Arbeitslose) bzw. in Prozent aller zivilen Erwerbspersonen (abhängige zivile Erwerbspersonen, Selbständige, mithelfende Familienmitglieder) insgesamt oder in der jeweiligen Personengruppe (Männer, Frauen, Ausländer/innen, Jugendliche unter 20/unter 25 Jahren, Ältere ab 50/ab 55 Jahre u. a.).

Asylbewerberleistungsgesetz

Siehe Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG).

Ausbildung in nichtakademischen Gesundheitsberufen

Die Ausbildung der nichtakademischen Gesundheitsberufe erfolgt nach der Klassifizierung der Berufsgruppen, zu denen u. a. Gesundheitsberufe wie Gesundheits- und Krankenpflege, Physiotherapie, Medizinisch-technische Assistenz, Ergotherapie zählen, an den *Ausbildungsstätten des Gesundheitswesens*. Diese sind in der Regel Krankenhäusern angegliedert (*siehe auch* Ausbildungsstätten an Krankenhäusern) und unterstehen in Berlin der Aufsicht der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales. Die seit 2003 den Gesundheitsfachberufen zugeordnete *Ausbildung in der Altenpflege* erfolgt an Berufsfachschulen, die - ebenso wie die Schulen für Operationstechnische Assistenz - der Aufsicht der Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung unterstehen; die Zuständigkeit für die praktische Ausbildung liegt wiederum bei der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales.

Die Ausbildungsgänge sind überwiegend bundesrechtlich geregelt, zum Teil beruhen sie auch auf Landesrecht. Die Operationstechnische Assistenz erfolgt auf Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft. Die Ausbildung in der Gesundheits- und Kranken- sowie in der Altenpflege einschließlich der Ausbildung für Hebammen/Entbindungspfleger und die für Operationstechnische Assistenz ist als duales Berufsbildungssystem organisiert. D.h. mit Abschluss eines Ausbildungsvertrages wird eine Ausbildungsvergütung gezahlt. Die Bildungsgänge enden mit einer staatlichen Prüfung (Ausnahme: Operationstechnische Assistenz).

Die *Ausbildung in einem nach Berufsbildungsgesetz anerkannten Beruf* wie Medizinische oder Zahnmedizinische Fachangestellte erfolgt *im dualen System*, d. h. mit betrieblichem Ausbildungsverhältnis und Unterricht an einer Berufsschule. Der berufliche Abschluss wird nicht mit der erfolgreichen Beendigung der Berufsschule im dualen System, sondern erst nach Bestehen der Abschlussprüfung vor der zuständigen Kammer erreicht.

Ausbildungsstätten an Krankenhäusern

Dabei handelt es sich um nach § 2 Nr. 1 a Krankenhausgesetz (KHG) mit dem Krankenhaus notwendigerweise verbundene Ausbildungsstätten, soweit das Krankenhaus Träger oder Mitträger ist.

Das *Personal der Ausbildungsstätten* umfasst Lehrkräfte - auch Ärztinnen/Ärzte, die für diese Tätigkeit einen Arbeits- oder Dienstvertrag haben.

Ausländerinnen/Ausländer

Dazu zählen alle Personen, die Nichtdeutsche im Sinne des Artikel 116 Abs. 1 des Grundgesetzes sind sowie Staatenlose und Personen mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Deutsche, die zugleich noch eine andere Staatsangehörigkeit besitzen, zählen nicht zu den Ausländern (*siehe. auch* Migrationshintergrund).

Basisversorgung

Der Begriff Basisversorgung fand erstmals im Jahr 1999 im Berliner Krankenhausplan Verwendung. Unter Basisversorgung wird das Angebot an Behandlungskapazitäten der in den Berliner Krankenhäusern am häufigsten in Anspruch genommenen Fachgebiete (Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinderheilkunde, Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie in der Psychiatrie und Psychotherapie) zu jeweils unterschiedlichen Anteilen verstanden. Insgesamt zählen etwa 65 % der Krankenhausbetten zur Basisversorgung.

Bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung sichert bei Bedürftigkeit den Lebensunterhalt von Menschen mit gewöhnlichem Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland, die wegen Alters oder aufgrund voller Erwerbsminderung (ab 18 Jahre) dauerhaft aus dem Erwerbsleben ausgeschieden sind und ihren Lebensunterhalt nicht selbst bestreiten können. Vom 01.01.2003 bis zum 31.12.2004 war diese Leistung im Grundsicherungsgesetz (GSiG) festgeschrieben, seit 01.01.2005 sind die Vorschriften des Grundsicherungsgesetzes in das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (4. Kapitel SGB XII) überführt. Die Höhe der Leistungen entspricht der der Hilfe zum Lebensunterhalt. Einkommen oder Vermögen des Leistungsberechtigten, des Partners/der Partnerin bzw. des Ehegatten/der Ehegattin in einer Bedarfsgemeinschaft werden angerechnet. Gegenüber unterhaltsverpflichteten Kindern bzw. Eltern wird jedoch bei einem Jahreseinkommen unter 100.000 EUR kein Unterhaltsrückgriff vorgenommen.

Behandlungsfälle

Siehe Fallzahl.

Berechnungs- und Belegungstage

Mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort) wurde ab 2002 für die Krankenhäuser die Bezeichnung „Pflegetage“ in „Berechnungs- und Belegungstage“ geändert; im Bereich der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen bleibt die Bezeichnung „Pflegetage“ bestehen.

Als Berechnungs- und Belegungstage gelten die Aufnahme- und Verlegungstage - auch bei Stundenfällen - sowie alle weiteren Tage eines *vollstationären Krankenhausaufenthaltes*. Entlassungs- und Verlegungstage werden nicht gezählt. Bei den bis 2001 berechneten Belegungstagen blieben die Stundenfälle unberücksichtigt.

Die Berechnungstage einer *teilstationären Behandlung* (Verweildauer im Krankenhaus von weniger als 24 Stunden) sind in der Gesamtzahl der Belegungstage nicht enthalten. Seit 2002 werden sie im Teil I: Grundlagen der Krankenhausstatistik-Verordnung gesondert ausgewiesen.

Bettenauslastung

Gibt die im Berichtsjahr durchschnittliche prozentuale Auslastung der jeweiligen aufgestellten Betten in einem Krankenhaus an. Sie wird nach folgender Formel berechnet: Bettenauslastung = (Pflegetage x 100) / (Aufgestellte Betten x Kalendertage).

Bevölkerungsfortschreibung

Mit der Veröffentlichung der Ergebnisse des Zensus vom 11. Mai 2011 wurde die Fortschreibung des Bevölkerungsstandes stufenweise auf diese neue Grundlage umgestellt. Erste ausgewählte Ergebnisse des Zensus 2011 wurden am 31. Mai 2013 veröffentlicht. Am 10. April 2014 wurden die vollständigen endgültigen Ergebnisse des Zensus 2011 mit dem Stichtag 09.05.2011 veröffentlicht. Auf der Grundlage dieser Zensusergebnisse stellte die Bevölkerungsfortschreibung kurzfristig eine vereinfachte Fortschreibung des Bevölkerungsstandes für ausgewählte Merkmale zur Verfügung. Die endgültigen Ergebnisse der Bevölkerungsfortschreibung in den Untergliederungen nach Alter/Geburtsjahr, Geschlecht und Staatsangehörigkeit sind seit Ende 2015 verfügbar und unterscheiden sich von den vorläufigen Ergebnissen durch die Verwendung der für die Fortschreibung auf Basis von Zensusergebnissen optimier-

ten Ausgangsdaten sowie durch die Berücksichtigung der zusätzlichen Merkmale Familienstand und Einzelstaatsangehörigkeit. Seit Inkrafttreten des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden für Berlin nur noch die Bevölkerungsdaten insgesamt ausgewiesen. Auf Grund fehlender Adressangaben, sind auf Berliner Bezirksebene keine Daten verfügbar. Um für unterschiedliche Planungszwecke dennoch Bevölkerungszahlen der Bezirke auf Basis der bundesweiten Bevölkerungsfortschreibung vorzuhalten, wurden diese mittels einer Schätzmethode berechnet. Um jedoch keine Genauigkeit vorzutäuschen, wurden die Bevölkerungszahlen in Tausend (mit einer Kommastelle) für die Merkmale Region (Bezirk), Geschlecht (männlich/weiblich), Staatsangehörigkeit (deutsch/nichtdeutsch) und nach 5-er-Altersgruppen ausgewiesen. Die Schätzung wird bis zum Vorliegen der nächsten Zensusergebnisse einmal jährlich mit dem Jahresendbestand der Bevölkerungsfortschreibung durchgeführt.

Die Bevölkerungsfortschreibung erfolgt seit dem 03.10.1990 auch in Berlin nach bundeseinheitlichen Methoden.

Für die Bevölkerungsfortschreibung werden natürliche Bevölkerungsbewegungen und Wanderungen berücksichtigt. Lebendgeborene und Zuzüge gelten als Bevölkerungszugänge, Gestorbene und Fortzüge als Bevölkerungsabgänge. Änderungen einer ausländischen in eine deutsche Staatsangehörigkeit finden ebenfalls Berücksichtigung.

Gemäß Volkszählungsurteil des Bundesverfassungsgerichts aus dem Jahr 1983 ist ein Abgleich der auf diese Weise gewonnenen Daten mit den Angaben des Einwohnerregisters des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) nicht zulässig. Die Bevölkerungsfortschreibung wird bundeseinheitlich am Ort der alleinigen Wohnung des Einwohners, bei mehreren Wohnungen im Bundesgebiet am melderechtlichen „Ort der Hauptwohnung“ durchgeführt. Hauptwohnung ist die überwiegend genutzte Wohnung des Einwohners. Als Hauptwohnung eines verheirateten Einwohners, der nicht dauernd von seiner Familie getrennt lebt, zählt die überwiegend genutzte Wohnung der Familie.

Zur Bevölkerung zählen auch die im Bundesgebiet gemeldeten Ausländer (siehe auch ausländische Bevölkerung) (einschließlich der Staatenlosen). Nicht zur Bevölkerung zählen Angehörige ausländischer Streitkräfte sowie Mitarbeiter in ausländischen diplomatischen und konsularischen Vertretungen und deren Familienangehörige.

Siehe auch Melderechtlich registrierte Einwohner/innen und Mikrozensus: Bevölkerung im Mikrozensus.

Diagnosedaten der Krankenhauspatientinnen/-patienten

Laut Erhebungsprogramm - Teil II: Diagnosen der Krankenhausstatistik (*siehe auch* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) besteht gemäß § 6 der KHStatV in Verbindung mit § 15 BStatG seit 1993 für die Träger der Krankenhäuser eine jährliche Auskunftspflicht. Seit 2004 wird die Hauptdiagnose gemäß den Deutschen Kodierrichtlinien angegeben. Kodiert wird entsprechend der Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD) - German Modification - (*siehe dort*) in der jeweils aktuellen Version.

Der für jeden Fall zu erhebende Datensatz enthält folgende Merkmale: Geschlecht; Geburtsmonat; Geburtsjahr; Zugangsdatum; Abgangsdatum; Hauptdiagnose (1993 bis 1999 ICD 9, seit 2000 ICD-10); Operation in Zusammenhang mit der Hauptdiagnose (ja/nein); Fachabteilung, in der der Patient am längsten lag; Wohnort des Patienten (Postleitzahl, Gemeindegemeinde, für Berlin: Bezirk). Infolge von fehlerhaften oder nicht zuordenbaren Merkmalen kann es in den tabellarischen Auswertungen zu Differenzen zwischen den angegebenen Gesamtsummen und der Aufsummierung einzelner Spalten oder Zeilen kommen.

Diagnosis Related Groups (DRGs und Psych-Entgeltsystem)

Fallbezogene Zuordnung und Abrechnung der im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung in Anspruch genommenen Leistungen (Fallpauschalen).

Die Gesundheitsreform 2000 enthielt die Vorgabe, für alle Krankenhäuser, für die die Bundespflegesatzverordnung (BpflV) gilt, ein leistungsorientiertes, pauschaliertes Vergütungssystem einzuführen, mit dem die Refinanzierung von Krankenhausleistungen nicht länger retrospektiv auf Art und Dauer der erfolgten Behandlung, sondern prospektiv auf Art und Schweregrad der diagnostizierten Erkrankung erfolgt. Die Umsetzung erfolgte mit dem Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1.412), das wesentliche Teile des SGB V, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der BpflV ändert und neu das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) enthält, und der Fallpauschalenverordnung. Auf dieser Grundlage werden seit 2004 die laufenden Betriebskosten der Krankenhäuser, die sich zuvor über tagesgleiche Pflegesätze finanzierten, nach dem Fallpauschalensystem abgerechnet. Nach einer Konvergenzphase, in der die krankenhausspezifische Vergütungshöhe schrittweise an ein landesweites Vergütungsniveau (einheitlicher Basisfallwert je Bundesland) angepasst wurde, erwirtschaften die Krankenhäuser seit 2010 ihr Betriebskostenbudget vollständig über landesweit einheitlich festgesetzte Preise auf der Grundlage des Landesbasisfallwerts.

Case Mix (CM): Die ökonomische Wertigkeit der DRGs untereinander wird durch die im Fallpauschalen-Katalog (nach § 9 Abs. 1 Nr. 3 KHEntgG) ausgewiesenen Bewertungsrelationen bestimmt. Die Addition aller Bewertungsrelationen wird als Case Mix („ökonomische Fallmischung“) bezeichnet und entspricht dem gesamten bewerteten Ressourceneinsatz innerhalb des DRG-Entgeltsystems.

Case Mix Index (CMI): Der Case Mix Index als Summe der abgerechneten Bewertungsrelationen dividiert durch die Zahl der behandelten Fälle beschreibt die durchschnittliche Schwere der Krankenhausfälle und den damit verbundenen relativen ökonomischen Ressourcenaufwand z. B. je Fachabteilung, Krankenhaus oder Region.

Die tatsächliche *Vergütungshöhe (Erlösvolumen)* ergibt sich aus der Multiplikation der Bewertungsrelation(en) mit dem Landesbasisfallwert.

Für die vom DRG-Entgeltsystem nicht erfassten *Leistungen der Psychiatrie und Psychosomatik* wurde ein pauschalisierendes leistungsorientiertes Vergütungssystem entwickelt, das in mehreren Phasen eingeführt werden soll. Die Krankenhäuser konnten seit Januar 2013 freiwillig in einer vierjährigen budgetneutralen Phase nach dem *Psych-Entgeltsystem* abrechnen. Seit 2015 müssen alle Einrichtungen ihre Leistungen nach dem neuen Psych-Entgeltsystem abrechnen. Ab 2017 wird eine fünfjährige Konvergenzphase beginnen, in der stufenweise die Vergütungen von den krankenhausindividuellen Basisfallwerten auf Landesbasisfallwerte umgestellt werden.

DMF-T-Index

Der DMF-T-Index dient der Ermittlung der Zahngesundheit einer Person oder Bevölkerungsgruppe anhand der Kariesprävalenz und des Kariesrisikos; er gibt an, wie viele bleibende Zähne (T = teeth) bei einer untersuchten Person akut kariös (D = decayed), wegen Karies extrahiert (M = missing / fehlend) oder gefüllt (F = filled) worden sind. Die Höchstzahl ergibt 28 (höchstens 28 Zähne im bleibenden Gebiss ohne Weisheitszähne können bewertet werden). Der Durchschnitt der ermittelten DMF-T-Indizes der untersuchten 12-jährigen Kinder ergibt den im Indikator 102 angegebenen DMF-T-Index, der nach Vorgaben der WHO (Präventionsziel bis zum Jahr 2020) für die europäische Region unter 1,5 liegen, nach den auf dieser Grundlage von der Bundeszahnärztekammer modifizierten Mundgesundheitszielen für Deutschland im Jahr 2020 einen Wert von unter 1 erreichen soll. Indexwerte, die ein hohes Kariesrisiko anzeigen, sind den Richtlinien des Bundesausschusses der Zahnärzte und Krankenkassen über Maßnahmen zur Verhütung von Zahnerkrankungen (Individualprophylaxe) in der Fassung vom 04. Juni 2003 zu entnehmen.

Durchschnittliche Bevölkerung

Arithmetisches Mittel aus den Durchschnitten der zwölf Monate des jeweiligen Jahres; die Durchschnitte werden aus dem Bevölkerungsstand am Anfang und Ende der Monate berechnet. Basis für die Berechnung der Durchschnittsbevölkerung ist die amtliche Bevölkerungsfortschreibung. Abweichungen bei der Summierung von Teilmengen gegenüber der Gesamtsumme liegen in der Berechnungsmethode begründet. Mit Inkrafttreten des Bevölkerungstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden für Berlin nur noch die Bevölkerungsdaten insgesamt ausgewiesen. Auf Bezirksebene sind seit 2014 keine Daten verfügbar (siehe Bevölkerungsfortschreibung).

Einwohnerregister

Siehe Melderechtlich registrierte Einwohner/innen.

Entbindungen

Klinische Entbindung: Entbindung im Krankenhaus.

Ambulante Entbindung: Entbindungen im Krankenhaus werden „ambulante“ genannt, wenn die Frau innerhalb von 24 Stunden nach der Entbindung die Klinik wieder verlassen hat.

Außerklinische Entbindung: Entbindung unter Mitwirkung einer/s freiberuflich tätigen Hebamme/Entbindungspflegers in der Wohnung, in ärztlicher Praxis, im Geburtshaus, in der Hebammenpraxis oder an einem anderen Ort.

Ereignisprinzip

Erfassung nach dem Ort, an dem sich das Berichtete (z. B. Entbindung, Schwangerschaftsabbruch) ereignet hat (*siehe auch* Wohnortprinzip).

Erwerbsstatus

Nach dem Mikrozensus gliedert sich die Bevölkerung nach ihrer Beteiligung am Erwerbsleben in Erwerbspersonen (Erwerbstätige und Erwerbslose) und Nichterwerbspersonen.

Erwerbspersonen: Personen, die eine unmittelbar oder mittelbar auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen (Selbständige, mithelfende Familienangehörige, Abhängige). Sie setzen sich zusammen aus den Erwerbstätigen und den Erwerbslosen.

Erwerbstätige: Personen, die in einem oder mehreren Arbeitsverhältnissen stehen (einschließlich Soldaten und mithelfende Familienangehörige), selbständig ein Gewerbe oder eine Landwirtschaft betreiben oder einen freien Beruf ausüben. Abhängige Erwerbstätige sind Beamte, Angestellte, Arbeiter und Auszubildende.

Erwerbstätigenquote ist definiert als der Anteil der Erwerbstätigen im Alter von 15 bis unter 65 Jahren an der Bevölkerung in der gleichen Alters- und Geschlechtsgruppe.

Erwerbslose: Personen ohne Arbeitsverhältnis, die sich um eine Arbeitsstelle bemühen, unabhängig von einer Arbeitslosenmeldung beim Arbeitsamt. Der Begriff der Erwerbslosen ist daher umfassender als der der Arbeitslosen (*siehe auch* Arbeitslose).

Nichterwerbspersonen: Personen, die keinerlei auf Erwerb gerichtete Tätigkeit ausüben oder suchen.

Europäische Standardbevölkerung

Bevölkerung mit vorgegebener (Alters-)Struktur. Sie bildet eine definierte Basis für den Vergleich der Ziffern ungleich zusammengesetzter Bevölkerungen. In der vorliegenden Veröffentlichung findet - in Anlehnung an die Festlegung der zutreffenden Indikatoren des Indikatorensetzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder (Stand: 2003) - die Europabevölkerung alt (1976) als Referenzbevölkerung Anwendung:

Alter in Jahren																			insgesamt
0	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85 u.m.	
1.600	6.400	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	7.000	6.000	5.000	4.000	3.000	2.000	1.000	1.000	100.000

Fachabteilungen in Krankenhäusern

Fachabteilungen sind organisatorisch abgrenzbare und von Ärzten/Ärztinnen verantwortlich geleitete Abteilungen mit für den jeweiligen Fachbereich typischen Behandlungseinrichtungen. Die Fachabteilungsgliederung orientiert sich an den Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen der Ärztinnen/Ärzte. Ausnahmen hiervon stellen die Fachabteilung Geriatrie und die Subdisziplin Sucht in der Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie dar.

Fallpauschalen-Vergütungssystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs).

Fallzahl

Zahl der im Krankenhaus im Berichtsjahr *vollstationär behandelten Patientinnen/Patienten* (Fälle) einschließlich Stundenfälle (Berechnung nach Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe* dort)). Bis 2001 wurden die Stundenfälle bei der Ermittlung der Fallzahl nicht mitgezählt. Die Fallzahlen der Jahre bis 2001 wurden nach der seit 2002 gültigen Methode neu berechnet. Teilstationär oder ambulant Behandelte bleiben wie gesunde Neugeborene unberücksichtigt. Die KHStatV berechnet die Fallzahl auf zwei unterschiedliche Arten:

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil I: Grunddaten und Teil III: Kostennachweis errechnet sich aus Aufnahmen und Entlassungen (einschließlich Stundenfällen) sowie Sterbefällen (einrichtungsbezogene Fallzahl). Bei der fachabteilungsbezogenen Fallzahl werden zusätzlich die internen Verlegungen berücksichtigt.

Die Fallzahl gemäß KHStatV-Teil II: Diagnosen bezieht sich auf die aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle einschließlich Sterbefälle und Stundenfälle (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten).

Die aus vor-, nach- oder teilstationärer Behandlung entlassenen Fälle werden gesondert erfasst. Die *vor- und nachstationäre Behandlung* wird vom Krankenhaus in ambulanter Form erbracht, also ohne Unterkunft und Verpflegung. Eine vorstationäre Behandlung ist auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen vor Beginn der vollstationären Behandlung begrenzt, eine nachstationäre Behandlung darf in der Regel sieben Behandlungstage innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der vollstationären Behandlung nicht überschreiten (vgl. § 115 a Abs. 2 SGB V). *Teilstationäre Patientinnen/Patienten*, die Leistungen nach § 13 Abs. 1 BpflV erhalten, verbringen regelmäßig einen Tagesabschnitt zur ärztlichen Behandlung im Krankenhaus (z. B. wöchentlich mehrmalige Dialysebehandlung).

Familien

Als Familien gelten nach Begriffserklärung im Mikrozensus alle *Eltern-Kind-Gemeinschaften im Haushalt*: Ehepaare, nichteheliche und gleichgeschlechtliche Lebenspartnerschaften sowie alleinerziehende Mütter und Väter mit ledigen Kindern (ohne Altersbegrenzung) im befragten Haushalt. Damit besteht eine statistische Familie immer aus zwei Generationen (Zwei-Generationen-Regel): Eltern/-teile und im Haushalt lebende ledige Kinder. Die Definition entspricht dem mit dem Berichtsjahr 2005 im Mikrozensus eingeführten Lebensformenkonzept, es löst das vorherige traditionelle Familienkonzept ab.

Fehlgeburten

Abbruch der Schwangerschaft durch natürliche Ursache ohne aktives Eingreifen der Schwangeren oder dritter Personen weder durch medikamentöse, chirurgische oder andere Maßnahmen.

Hat sich nach der Trennung der Leibesfrucht vom Mutterleib keines der drei Lebenszeichen (Herzschlag, Nabelschnurpulsation, natürliche Lungenatmung) gezeigt und beträgt das Gewicht der Leibesfrucht weniger als 500 g (vor dem 01.04.1994: weniger als 1.000 g), so ist die Frucht eine Fehlgeburt. Sie wird in den Personenstandsbüchern nicht beurkundet.

Ehemaliges Gebiet der DDR (inkl. Berlin-Ost) bis zum 02.10.1990: Leibesfrucht mit einem Gewicht von unter 1.000 g, bei der nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden waren.

Fetozid

Der Fetozid bezeichnet das absichtliche Töten eines oder mehrerer Föten im Mutterleib. Dieser Eingriff kann zur Reduktion einer Mehrlingsschwangerschaft aber auch bei festgestellten Fehlbildungen zu Beendigung einer Schwangerschaft durchgeführt werden. Die rechtliche Grundlage bildet § 218 a des StGB. Die Fetozide werden im Rahmen der Schwangerschaftsabbruchstatistik (siehe dort) erfasst.

Früherkennungsuntersuchungen/Vorsorgeuntersuchungen

In der gesetzlichen Krankenversicherung versicherte Personen haben nach Erreichen bestimmter Altersgrenzen Anspruch auf regelmäßige Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen. Die Maßnahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind in § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 sowie in § 23 Abs. 1 Nr. 3 und den §§ 25 und 26 des fünften Sozialgesetzbuches (SGB V) verankert. Im Erwachsenenalter zählen dazu die allgemeinen Vorsorgeuntersuchungen (Gesundheits-Check-up), die Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (synonym: Krebsvorsorgeuntersuchungen) [<http://www.kvberlin.de/30patienten/30vorsorge/10erwachsene/index.html>, zuletzt aufgerufen am 04.04.2016] sowie spezielle Vorsorgemaßnahmen wie die Schwangerenvorsorge [<http://www.g-ba.de/institution/themenschwerpunkte/frueherkennung/schwangerschaftsvorsorge/>, zuletzt aufgerufen am 04.04.2016].

Darüber hinaus haben Kinder bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres sowie einmalig nach Vollendung des 10. Lebensjahres Anspruch auf „Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten, die ihre körperliche oder geistige Entwicklung in nicht geringfügigem Maße gefährden“ (§ 26 (1) SGB V). Einen Überblick über die Zeitpunkte der Früherkennungsuntersuchungen (oft auch als Vorsorgeuntersuchungen oder U-Untersuchungen bezeichnet) gibt die nachfolgende Darstellung (Quelle: Gemeinsamer Bundesausschuss):

Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze	Untersuchungsstufe	Zeitgrenze	Toleranzgrenze
U1	nach der Geburt		U6	10. - 12. Lebensmonat	09. - 13. Lebensmonat
U2	03. - 10. Lebenstag	03. - 14. Lebenstag	U7	21. - 24. Lebensmonat	20. - 27. Lebensmonat
U3	04. - 06. Lebenswoche	03. - 08. Lebenswoche	U8	43. - 48. Lebensmonat	43. - 50. Lebensmonat
U4	03. - 04. Lebensmonat	02. - 04 ½ Lebensmonat	U9	60. - 64. Lebensmonat	58. - 66. Lebensmonat
U5	06. - 07. Lebensmonat	05. - 08. Lebensmonat	J1	13. - 14. Lebensjahr	12. - 15. Lebensjahr

Geborene

Lebendgeborene sind Kinder, bei denen entweder das Herz geschlagen, die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat.

Berlin-Ost bis 02.10.1990: Als Lebendgeborene wurden alle Kinder gezählt, bei denen nach dem vollständigen Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden waren.

Totgeborene sind seit Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) zum 01.04.1994 Geborene, bei denen die oben genannten Merkmale nicht zutreffen und deren Geburtsgewicht mindestens 500 g beträgt (davor seit dem 01.07.1979 mindestens 1.000 g, vorher mindestens 35 cm Körperlänge).

Fehlgeburten *siehe* dort.

Die Unterscheidung zwischen *ehelich* und *nichtehelich* Geborenen richtet sich nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB). Ein Kind, das nach Eingehen der Ehe oder bis zu 302 Tagen nach Auflösung der Ehe geboren wird, galt, unbeschadet der Möglichkeit einer späteren Anfechtung, als ehelich. Mit dem Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16. Dezember 1997 kam es zu einer neuen Regelung, die zum 1. Juli 1998 in Kraft trat. Als *Kind miteinander verheirateter Eltern* gilt seitdem ein Kind von Eltern,

die zum Zeitpunkt der Geburt des Kindes miteinander verheiratet sind oder das bis 300 Tage nach Auflösung der Ehe durch Tod geboren wird. Ein Kind, das nach Auflösung der Ehe durch Scheidung geboren wird, gilt - unabhängig vom Abstand zwischen Scheidung und Geburt - als *Kind nicht miteinander verheirateter Eltern*.

Mit Inkrafttreten des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden für Berlin nur noch die Bevölkerungsdaten insgesamt ausgewiesen; auf Bezirksebene sind keine Daten verfügbar (siehe Bevölkerungsfortschreibung). Dies gilt auch für Lebend- und Totgeborene einschließlich Geburtsgewicht und -länge).

Geburtenziffer

Die *rohe Geburtenziffer* ist definiert als Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 (Einwohner) der durchschnittlichen Bevölkerung.

Die *allgemeine Geburtenziffer* bezieht die Anzahl der in einem Jahr Lebendgeborenen je 1.000 Frauen im gebärfähigen Alter (15 bis unter 50 Jahren).

Die *altersspezifische Geburtenziffer* ist eine Kennziffer, die für ein Kalenderjahr die Geburten der Frauen im Alter x auf 1.000 Frauen des Alters x bezieht, die Berechnung erfolgt für alle einzelnen Altersjahre von 15 bis 49. Statt der Aufgliederung nach Altersjahren kann auch eine analoge Berechnung nach Geburtsjahren der Frauen vorgenommen werden.

Die zusammengefasste Geburtenziffer, ist eine Kennziffer, die das aktuelle Geburtenniveau charakterisiert. Sie umfasst für ein Kalenderjahr die Summe aller 35 altersspezifischen Geburtenziffern der Altersjahre 15 bis 49 und gibt die Anzahl der Geburten je Frau unter der Annahme an, dass für deren ganzes Leben die altersspezifischen Geburtenziffern des jeweiligen Kalenderjahres gelten.

Geburtsgewicht

Das Geburtsgewicht stellt einen international üblichen Gesundheitsindikator dar, der vergleichsweise exakt bestimmt wird. Der Bereich von unterhalb 2.000 Gramm wird in 500 g-Gewichtsklassen ausgewiesen. Damit kann der Versorgungsbedarf (z. B. neonatologische Intensivmedizin) besser reflektiert werden. Als extrem untergewichtig gelten Neugeborene mit einem Geburtsgewicht von unter 1.000 Gramm.

Mit Inkrafttreten des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden die Bevölkerungsdaten insgesamt ausgewiesen; auf Bezirksebene sind keine Daten verfügbar (siehe Bevölkerungsfortschreibung). Geburtsgewicht und die Geburtslänge sind seit 2014 bundesweit nicht mehr Bestandteil des BevStatG.

Geburtsmodus

Art der Geburt im Rahmen einer Entbindung. Beispiele dafür sind Spontangeburt (normale Geburt), Zangengeburt, Vakuumextraktion und Kaiserschnitt (sectio caesarea).

Gestorbene

Die jährlich, unabhängig vom Sterbeort am Wohnort der Gestorbenen registrierten, gestorbenen Personen werden in der amtlichen Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung erfasst. Nicht berücksichtigt werden Totgeborene, nachträglich beurkundete Kriegssterbefälle und gerichtliche Todeserklärungen. *Siehe auch* Todesursachenspezifische Sterblichkeit.

Mit Inkrafttreten des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden für Berlin nur noch die Gestorbenen insgesamt ausgewiesen. Gestorbene auf Bezirksebene sind derzeit nicht verfügbar.

Gesundheitsförderung

Umfasst Maßnahmen und Aktivitäten, mit denen die Stärkung der Gesundheitsressourcen und Potenziale der Menschen erreicht werden soll. Gesundheitsförderung ist der Prozess der Befähigung von Menschen, ihre Kontrolle über Determinanten der Gesundheit zu erhöhen. Dabei werden nicht nur das Verhalten des Einzelnen, seine Kenntnisse und Fertigkeiten in den Blick genommen, sondern auch soziale, ökonomische und Umweltbedingungen. Gesundheit wird dabei in einer ganzheitlichen Sichtweise als körperliches, psychisches und soziales Wohlbefinden definiert, das durch individuelle, soziale und gesellschaftliche Hintergründe beeinflusst wird.

Gesundheitsindikatoren

Parameter, die Aussagen und Rückschlüsse zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung und deren Gesundheitsversorgung und verfügbare Ressourcen zulassen. Regelmäßige Erhebungen gestatten eine Verfolgung von Prozessen und ein Erreichen von Gesundheitszielen wie: die Verbesserung der Gesundheit, die Senkung von Morbidität und Mortalität oder eine optimale und evidenzbasierte Versorgung von Zielgruppen.

Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung

Siehe Bedarfsorientierte Grundsicherung ...

Haushalte

Als (Privat-)Haushalt zählt nach Mikrozensus jede zusammen wohnende und eine wirtschaftliche Einheit bildende Personengemeinschaft (Mehrpersonenhaushalte) sowie Personen, die allein wohnen und wirtschaften (Einpersonenhaushalte). Zum Haushalt können verwandte und familienfremde Personen gehören. Gemeinschafts- und Anstaltsunterkünfte gelten nicht als Privathaushalte. Ab dem Mikrozensus 2005 wird die gesamte Einheit „Haushalt“ stellvertretend durch die Erhebungsmerkmale (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand) des Haupteinkommensbeziehers/der Haupteinkommensbezieherin (Person mit dem höchsten monatlichen Nettoeinkommen) des Haushalts statistisch nachgewiesen. Dabei wird davon ausgegangen, dass diese Person in der Regel auch diejenige ist, die den sozialen Status und die Lebensverhältnisse des Haushalts bzw. der Haushaltsmitglieder bestimmt und sich daher als Bezugsperson für die sozioökonomische Zuordnung der Haushalte eignet.

Hilfe zum Lebensunterhalt

Die Hilfe zum Lebensunterhalt ist eine in Deutschland bestehende bedarfsorientierte soziale Leistung zur Sicherstellung des sozio-kulturellen Existenzminimums, gesetzlich geregelt seit dem 01.01.2005 im gleichnamigen dritten Kapitel des SGB XII – Sozialhilfe. Bis dahin galt das Bundessozialhilfegesetz (BSHG). Mit der Neugestaltung und bei gleichzeitiger Einführung der Regelungen des SGB II hat sich der Empfängerkreis von Hilfe zum Lebensunterhalt deutlich verkleinert. Hilfe zum Lebensunterhalt in der Sozialhilfe nach dem SGB XII erhalten seitdem nur noch nicht erwerbsfähige Personen, sie ist grundsätzlich abhängig vom eigenen Einkommen und Vermögen und nachrangig gegenüber allen anderen Sozialleistungen und Ansprüchen. Deshalb überprüft das Sozialamt in allen Fällen, ob vorrangige Ansprüche anderer Leistungsträger, wie Krankenkasse, Rentenversicherung oder Jugendamt bestehen.

Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10)

Die „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD-10) wurde von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erstellt und im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit vom DIMDI (Deutsches Institut für Dokumentation und Information) ins Deutsche übertragen und herausgegeben. Die Abkürzung ICD steht für „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, die Ziffer 10 bezeichnet die 10. Revision der Klassifikation. Die ICD-10 ist Teil der Familie der internationalen gesundheitsrelevanten Klassifikationen.

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es für die ICD-10 zwei wesentliche Einsatzbereiche:

1. *Verschlüsselung von Todesursachen:* Die ICD-10 dient seit dem 01.01.1998 der Kodierung von Todesursachen. Sie ist somit Grundlage der amtlichen Todesursachenstatistik. Für diesen Zweck wird die ICD-10-WHO in der deutschsprachigen Ausgabe ICD-10-GM (aktuell in der Version von 2016), verwendet.
2. *Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung:* Seit dem 01.01.2000 wird die ICD-10-GM zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung eingesetzt. Sie dient als Grundlage für die Kodierung der Behandlungsdiagnosen im jeweiligen Bereich (z. B. im stationären Bereich gemäß Krankenhausstatistikverordnung Teil II: Diagnosen). Seit 2004 ist der wichtigste Einsatzbereich der ICD-10-GM jedoch die Erfassung des pauschalierenden Entgeltsystems G-DRG (German Diagnosis Related Groups). Die ICD-10-GM wird vom DIMDI jährlich aktualisiert (zuletzt Version 2016).

Inzidenz

Epidemiologische Maßzahl und damit Fachausdruck aus der medizinischen Statistik. Sie beschreibt die Häufigkeit der Neuerkrankungen oder gesundheitsrelevanter Ereignisse oder Merkmale innerhalb definierter Bevölkerungsgruppen während eines definierbaren Zeitraums. Die Berechnung erfolgt je 1.000, 10.000, üblicherweise jedoch je 100.000.

Neben der Inzidenz wird auch die kumulative Inzidenz erhoben.

Berechnungsmethoden *siehe* Morbiditäts- und Mortalitätsraten.

Kosten der Krankenhäuser

Werden im Teil III: Kostennachweis der Krankenhäuser (*siehe* Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) erfasst. Sie werden auf der Grundlage der Krankenhaus-Buchführungsverordnung (KHBV) in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. März 1987 (BGBl. I S. 1.045), zuletzt geändert durch Artikel 1 der Verordnung vom 9. Juni 2011 (BGBl. I S. 1.041) angegeben und enthalten mit der Änderung der KHStatV vom 13. August 2001 ab 2002 alle Aufwendungen des Krankenhauses des abgelaufenen Geschäftsjahres einschließlich der Aufwendungen für Leistungen, die nicht zu den allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen gehören (Brutto-Gesamtkosten). 1996-2001 wurden die Kosten nach dem sogenannten Nettoprinzip der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) angegeben, nach der eine Vielzahl nichtstationärer Kosten unberücksichtigt blieb. Aus diesem Grund sind ab 2002 die

nach Kostenarten gegliederten Daten nicht mehr mit den Ergebnissen der Jahre 1996-2001 vergleichbar. Lediglich auf der Ebene der bereinigten Kosten ist eine Vergleichbarkeit gegeben.

Die *Brutto-Gesamtkosten* errechnen sich aus der Summe der Kosten des Krankenhauses (Personalkosten (*siehe auch* Personalkosten der Krankenhäuser) und Sachkosten einschließlich der Zinsen und ähnlicher Aufwendungen sowie der Steuern) und der Kosten der Ausbildungsstätten (Personal- und Sachkosten sowie die Aufwendungen aus der Ausbildungsstätten-Umlage nach § 9 Abs. 3 BPflV). In den einzelnen Kostenarten sind auch *nichtpflegesatzfähige Kosten* enthalten; sie sind definiert nach § 17 Abs. 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sowie § 7 Abs. 2 BPflV (Kosten für wissenschaftliche Forschung und Lehre, Ambulanz, vor- und nachstationäre Behandlung, ärztliche und nichtärztliche Wahlleistungen, belegärztliche Leistungen, ambulantes Operieren u. a.).

Bei den *bereinigten Kosten* handelt es sich um die *pflegesatzfähigen Kosten*. Sie ergeben sich aus den Brutto-Gesamtkosten abzüglich der nichtpflegesatzfähigen Kosten (*Abzüge*).

Krankenhaus

Gemäß § 1 Abs. 3 Nr. 1 der *Krankenhausstatistik-Verordnung* (KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730) sind Krankenhäuser solche nach § 2 Nr. 1 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) einschließlich der in den §§ 3 und 5 des KHG genannten Einrichtungen, soweit sie zu den Krankenhäusern nach § 107 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) gehören.

Laut § 2 Nr. 1 KHG sind Krankenhäuser Einrichtungen, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und Bundeswehrkrankenhäuser. Letztgenannte haben einen gesonderten Erhebungsvordruck auszufüllen. Sie erscheinen nachrichtlich in der KHStatV soweit Leistungen für Zivilpersonen erbracht werden. Die Daten sind nicht Bestandteil der Diagnosedaten.

Krankenhäuser werden laut § 3 Nr. 1 und 2 KHStatV *folgenden Kategorien* zugeordnet:

Krankenhausart:

Allgemeine Krankenhäuser sind Krankenhäuser mit Fachabteilungen der medizinischen Grundversorgung. Krankenhäuser mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Fachabteilungen sowie Tages- und Nachtkliniken zählen nicht zu den allgemeinen Krankenhäusern.

Sonstige Krankenhäuser sind solche mit ausschließlich psychiatrischen, psychotherapeutischen oder psychiatrischen, psychotherapeutischen und neurologischen Betten. Zu den sonstigen Krankenhäusern zählen außerdem

Tages- oder Nachtkliniken, in denen ausschließlich teilstationäre Behandlungen durchgeführt werden und in denen Patienten nur eine begrenzte Zeit des Tages oder der Nacht untergebracht sind.

Zulassung nach § 108 SGB V:

Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes (HBFüG).

Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (nach der Definition in § 108 SGB V werden Hochschulkliniken nicht den Plankrankenhäusern zugeordnet).

Krankenhäuser, die einen *Versorgungsvertrag* mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Krankenhäuser ohne Zulassung, die nicht in die oben genannten Kategorien und somit nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gemäß § 108 SGB V gehören.

Trägerschaft

Öffentliche Krankenhäuser, die von Gebietskörperschaften oder von Zusammenschlüssen solcher Körperschaften oder von Trägern der Sozialversicherung betrieben oder unterhalten werden. Träger in rechtlich selbständiger Form (z. B. als GmbH) gehören zu den öffentlichen Trägern, wenn Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse solcher Körperschaften unmittelbar oder mittelbar mit mehr als 50 vom Hundert des Nennkapitals oder des Stimmrechts beteiligt sind.

Freigemeinnützige Krankenhäuser, die von Trägern der kirchlichen oder freien Wohlfahrtspflege, Kirchengemeinden, Stiftungen oder Vereinen unterhalten werden.

Private Krankenhäuser, die als gewerbliche Unternehmen einer Konzession gemäß § 30 Gewerbeordnung (GewO) bedürfen.

Krankenhäuser mit unterschiedlichen Trägern sind dem Träger zugeordnet, der überwiegend beteiligt ist oder überwiegend Geldlasten trägt.

Belegkrankenhäuser:

Krankenhäuser, die ausschließlich über Belegbetten verfügen, d. h. über Betten, die niedergelassene Ärztinnen/Ärzten für die stationäre Behandlung ihrer Patientinnen/Patienten nutzen.

Krankenhausbett

Einheit, nach der die Kapazität eines Krankenhauses oder einer klinischen Fachabteilung berechnet wird. Die Bettenzahl wird zu bestimmten Stichtagen von den zuständigen Behörden festgesetzt und umfasst vollstationäre und teilstationäre Kapazitäten.

Aufgestellte Betten umfassen alle Betten, die im Krankenhaus betriebsbereit vorgehalten werden, unabhängig von der Förderung und der Aufnahme in den Krankenhausplan eines Landes, ausgenommen Betten in Untersuchungs- und Funktionsräumen sowie Betten für gesunde Neugeborene. Bei der gemäß Krankenhausstatistik-Verordnung (*siehe dort*) angegebenen Bettenzahl handelt es sich um die *im Jahresdurchschnitt aufgestellten vollstationären Betten*; Betten zur teilstationären Unterbringung von Patientinnen/Patienten bleiben unberücksichtigt (*siehe Tages- und Nachtklinikplätze*).

Die KHStatV unterscheidet nach:

Betten, für die Fördermittel nach § 8 Abs. 1 *Krankenhausfinanzierungsgesetz* (KHG) bewilligt und gewährt werden,

Betten, für die Fördermittel nach § 1 *Hochschulbauförderungsgesetz* (HBFVG) bewilligt und gewährt werden,

Vertragsbetten, die nicht gefördert werden und für die Verträge mit den Krankenkassen über die Gewährung von Krankenhausbehandlungen nach § 108 Nr. 3 SGB V vorliegen,

sonstigen Betten, die weder im Krankenhausplan aufgeführt noch gefördert werden und für die auch keine Verträge nach § 108 Nr. 3 SGB V abgeschlossen worden sind.

Krankenhauspersonal (nichtärztlich)

Funktionsdienst: Dazu gehören u. a. das Krankenpflegepersonal für den Operationsdienst, für die Anästhesie, für die Ambulanz und Poliklinik, Hebammen und Entbindungspfleger, Ergotherapeutinnen/-therapeuten und der Krankentransportdienst.

Klinisches Hauspersonal: Haus- und Reinigungspersonal der Krankenhäuser und Stationen.

Medizinisch-technischer Dienst: Dazu gehört z. B. das Personal in Apotheken, Laboratorien, Röntgen-, EKG-, EEG-, EMG-, Grundumsatzabteilungen, Bäder- und Massageabteilungen, elektrophysikalische Abteilungen, Sehschulen, Sprachschulen, Körperprüfabteilungen.

Pflegedienst: Der Pflegedienst umfasst das Pflege- und Pflegehilfpersonal im stationären Bereich (Dienst am Krankenbett). Dazu gehören auch Pflegekräfte in Intensivpflege- und -Behandlungseinrichtungen sowie Dialysestationen.

Technischer Dienst: Betriebsingenieure, Personal für Einrichtungen zur Versorgung mit Heizwärme, Warm- und Kaltwasser, Frischluft, medizinischen Gasen und Strom sowie für die Instandhaltung.

Verwaltungsdienst: Personal der engeren und weiteren Verwaltung, der Registratur, der technischen Verwaltung (sofern nicht beim Wirtschafts- und Versorgungsdienst erfasst).

Wirtschafts- und Versorgungsdienst: Küchen- und Diätküchenpersonal, Personal der Wirtschaftsbetriebe (Metzgerei, Gärtnerei u. ä.), Personal in Wäschereien und Nähstuben, zentrale Bettenaufbereitung u. a.

Siehe auch Vollzeitäquivalente.

Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV)

Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung - KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die zuletzt durch Art. 4 b Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009 (BGBl. I S. 534) geändert worden ist. Die KHStatV ist die Rechtsgrundlage für die Berichterstattung über Ausstattung und Inanspruchnahme des stationären Versorgungsangebotes. Die Erhebungen zur Krankenhausstatistik erstrecken sich gemäß § 1 Abs. 2 KHStatV nicht auf *Krankenhäuser im Straf- oder Maßregelvollzug* und *Bundeswehrkrankenhäuser*.

Die gemäß KHStatV jährlich bundesweit erhobenen Daten zu personeller und sachlicher Ausstattung sowie Kosten, den in Anspruch genommenen stationären und ambulanten Leistungen sowie allgemeinen Angaben über die Patienten und ihre Erkrankungen der Krankenhäuser und - mit einem eingeschränkten Merkmalskatalog der Grunddaten - der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen sind untergliedert in *Teil I: Grunddaten*, *Teil II: Diagnosen* (*siehe auch* Diagnosedaten der Krankenhauspatienten) und *Teil III: Kostennachweis*.

Krankheitskosten

Die *Krankheitskostenrechnung* des Statistischen Bundesamtes (Erhebung zweijährlich, erstmalig 2002, aktuell verfügbar: Daten 2008) liefert Angaben darüber, wie stark die deutsche Volkswirtschaft durch bestimmte Krankheiten und deren Folgen belastet

wird. Die Krankheitskosten werden dabei zusätzlich nach Geschlecht, Alter und den an der Versorgung beteiligten Einrichtungen des Gesundheitswesens dargestellt. Krankheitskostenrechnungen unterscheiden im Allgemeinen zwischen direkten und indirekten Kostenkomponenten. Die *direkten Kosten* beschreiben den unmittelbar mit einer medizinischen Heilbehandlung, einer Präventions-, Rehabilitations- oder Pflegemaßnahme verbundenen monetären Ressourcenverbrauch im Gesundheitswesen. Hierzu zählen auch die Verwaltungskosten der Leistungserbringer und sämtlicher öffentlicher und privater Einrichtungen, die in Deutschland Gesundheitsleistungen finanzieren. Alle nichtmedizinischen Kosten, beispielsweise private Arztfahrten oder die unentgeltliche Pflege von Angehörigen, werden in der Krankheitskostenrechnung nicht berücksichtigt. *Indirekte Krankheitskosten* messen den mittelbar mit einer Erkrankung im Zusammenhang stehenden Ressourcenverlust. Dabei handelt es sich in erster Linie um die durch Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigen Tod der erwerbstätigen Bevölkerung hervorgerufenen potenziellen volkswirtschaftlichen Verluste; sie werden in Form von verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren nachgewiesen. Zu den indirekten Kosten sind auch die so genannten intangiblen Kosten zu rechnen. Sie bilden die aus einer Erkrankung resultierenden Einschränkungen wie z. B. Schmerz, Depressionen oder ganz allgemein den Verlust an Lebensqualität ab (vgl. Statistisches Bundesamt: Fachserie 12, Reihe 7.2, Jahrgänge 2002, 2004, 2006, 2008 <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten.html>, zuletzt aufgerufen am 05.04.2016).

Lastenquotient

Auch Abhängigkeitsquotient, der das Verhältnis wirtschaftlich abhängiger Personen definiert. Z. B. Jugend- und Altenquotient: Kennziffern, bei denen die Zahl von Personen, die sich noch nicht bzw. nicht mehr im erwerbsfähigen Alter befinden (Kinder/ Jugendliche bzw. ältere Menschen), der Zahl der Personen im erwerbsfähigen Alter (je 100) gegenübergestellt wird. Die Altersgrenzen werden unterschiedlich festgelegt, z. B. unter 18-Jährige bzw. Personen im Alter von 65 und mehr Jahren je 100 18- bis unter 65-Jährige.

Lebendgeborene

Siehe Geborene.

Lebenserwartung

Die Kennziffer Lebenserwartung gibt an, wie viele Jahre ein Mensch in einem definierten Alter bei unveränderten gegenwärtigen Sterberisiken im Durchschnitt noch leben würde. Die Lebenserwartung der Nulljährigen wird hierbei auch als *mittlere oder durchschnittliche Lebenserwartung* bezeichnet. Berechnungsgrundlage für die Lebenserwartung ist die sogenannte Sterbetafel, die modellhaft anhand der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten des untersuchten Kalenderzeitraums (ein Jahr oder meist drei zusammengefasste Jahre) berechnet wird. Im Prinzip entspricht die so berechnete Lebenserwartung der (bezüglich der Altersstruktur) bereinigten Sterblichkeit und ist somit besonders geeignet für Zeitreihenanalysen und regionale Vergleiche. Die Berechnung der Lebenserwartung durch die Statistischen Landesbehörden erfolgt nach einer vom Statistischen Bundesamt entwickelten Methode (Periodensterbetafeln für Deutschland). Die von der Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales durchgeführten Lebenserwartungsberechnungen erfolgen mittels eines modifizierten Verfahrens, welches analog zum Verfahren des Statistischen Bundesamtes durchgeführt wird (vgl. dazu die jährlichen Veröffentlichungen der Periodensterbetafeln, aktuelle Publikation: „Methodische Erläuterungen zur Berechnung von Periodensterbetafeln für Deutschland 2009/2011“, im Internet verfügbar unter <http://www.destatis.de> über den Pfad Publikationen / Thematische Veröffentlichungen / Bevölkerung: Veröffentlichungen für die Bereiche „Bevölkerungsbewegung“).

Disability-Free Life Expectancy (DFLE)

Erwartete durchschnittliche Anzahl von Jahren, die eine Person ohne schwere gesundheitliche Beschwerden lebt. Der Indikator dient in der Gesundheitsberichterstattung der Berechnung der Lebenserwartung ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit. Mit dem Konzept wird der Aspekt der Lebensqualität (Gesundheit) in die Betrachtung der Lebenserwartung eingebunden. Ausgangspunkt des Indikators ist die Frage, ob die höhere Lebenserwartung mit mehr gesunden Lebensjahren einhergeht oder ob die höhere Lebenserwartung durch eine Verlängerung des Zeitabstandes zwischen Erkrankungs- bzw. Pflegebedarfsbeginn und Sterbezeitpunkt erkauft wird. Die Indikatoren werden auf Basis von Sterbetafeln berechnet. Für die DFLE ohne Behinderung bzw. ohne Pflegebedürftigkeit ist die Berechnung auf Basis der Sullivan-Methode vorgesehen [vgl. <http://imai.princeton.edu/research/files/life.pdf>, zuletzt aufgerufen am 11.04.2016].

Die Berechnung der durchschnittlichen Lebenserwartung nach gesunden Lebensjahren erfolgte in Berlin unter Verwendung der Daten der Pflegestatistik. Dafür wurde die Methode der Berechnung der mittleren und ferneren Lebenserwartung um die modifizierten

Sterbetafeln nach Sullivan erweitert. Die Ergebnisse zeigen die verbleibenden Jahre, die in einem bestimmten Alter mit und ohne Pflegebedürftigkeit erwartet werden können.

Lebensformen

Grundlage für die Bestimmung einer Lebensform sind die Beziehungen zwischen den Mitgliedern eines Haushalts. Zu den Lebensformen gehören gemäß Begriffserklärung nach Mikrozensus Paare (Ehepaare und Lebensgemeinschaften) mit ledigen Kindern und ohne ledige Kinder, alleinerziehende Elternteile mit ledigen Kindern im Haushalt sowie alleinstehende Personen.

Lebensgemeinschaften

Lebenspartnerschaft (gemäß Begriffserklärung Mikrozensus), bei der zwei gemischt- oder gleichgeschlechtliche Lebenspartner ohne Trauschein bzw. zwei gleichgeschlechtliche Lebenspartner mit Trauschein oder notarieller Beglaubigung in einem Haushalt zusammen leben und gemeinsam wirtschaften.

Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Asylbewerber und -bewerberinnen, Ausländerinnen und Ausländer mit Duldung und abgelehnte ausreisepflichtige Ausländerinnen und Ausländer ohne legalen Aufenthalt können an Stelle der Sozialhilfe (SGB XII) bzw. Alg II (SGB II) nur Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) beanspruchen (§ 1 AsylbLG). Voraussetzung ist wie bei den anderen Existenzsicherungsleistungen die materielle Bedürftigkeit, d.h. kein ausreichendes Einkommen und Vermögen (§ 7 AsylbLG), auch von im Haushalt lebenden Familienangehörigen und des eheähnlichen Partners. Zur Deckung des täglichen Bedarfs an Ernährung, Kleidung, Unterkunft und Heizung usw. haben die Leistungsberechtigten Anspruch auf Regelleistungen in Form von Grundleistungen (§ 3 AsylbLG). Zusätzlich möglich sind nach den §§ 4 und 6 AsylbLG insbesondere noch Leistungen zur medizinischen Versorgung (z. B. bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) sowie sonstige Leistungen bei unerlässlichen Bedarfen. Nach 48 Monaten (ab dem 01.03.2015 nach 15 Monaten Aufenthalt im Bundesgebiet ohne wesentliche Unterbrechung) werden Leistungen in besonderen Fällen (§ 2 AsylbLG) gewährt, analog zum zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) im Umfang der Sozialhilfe einschließlich einer regulären Gesundheitskarte einer Krankenkasse nach Wahl, sofern die Leistungsberechtigten ihre Aufenthaltsdauer nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.

Letalität

Tödlichkeit. Die *Letalitätsrate* bezeichnet die Zahl der an einer bestimmten Krankheit gestorbenen Personen bezogen auf je 100 / 1.000 / 10.000 oder 100.000 an derselben Krankheit erkrankten Personen.

Berechnungsmethoden *siehe* Mortalitätsraten.

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ)

Ein Medizinisches Versorgungszentrum ist nach der Definition des § 95 Sozialgesetzbuch V (SGB V) eine in Deutschland zur *vertragsärztlichen Versorgung zugelassene, fachübergreifende Behandlungseinrichtung* unter ärztlicher Leitung, in der im Arztregister der KV eingetragene Ärzte/Ärztinnen als Inhaber (Vertragsärzte/Vertragsärztinnen) oder Angestellte tätig sein können. Wie die Ärzte/Ärztinnen einer Gemeinschaftspraxis arbeiten Ärzte/Innen in einem Medizinischen Versorgungszentrum an einem gemeinsamen Praxissitz. Im Unterschied zur Gemeinschaftspraxis sind die im MVZ tätigen Ärzte/Ärztinnen nicht einzeln, sondern gemeinsam zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Ein MVZ kann in Form einer GmbH, Aktiengesellschaft (AG) oder BGB-Gesellschaft betrieben werden. Gesellschafter eines MVZ können alle nach dem SGB V zugelassenen Leistungserbringer sein, also auch Krankenhäuser, Heilmittelerbringer oder andere.

Melderechtlich registrierte Einwohner/innen

Angaben aus dem Einwohnerregister des Landesamtes für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) an das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Zu den melderechtlich registrierten Einwohnern zählen *alle in Berlin gemeldeten Personen*, unabhängig davon, ob sie nur in einer Wohnung (alleinige Wohnung), in Hauptwohnung oder ausschließlich in Nebenwohnung in Berlin gemeldet sind. Personen, die in mehreren Bezirken von Berlin gemeldet sind, werden nur einmal, und zwar im Bezirk der Hauptwohnung oder der zuletzt gemeldeten Nebenwohnung ausgewiesen. Die in der Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendeten Zahlen betreffen aber nur die am Ort der Hauptwohnung (in alleiniger Wohnung und in Hauptwohnung) melderechtlich registrierten Einwohner. Die Bevölkerungszahlen aus der Bevölkerungsfortschreibung und aus dem Einwohnermelderegister weichen voneinander ab.

Migrationshintergrund

Das Thema Migration hat in den vergangenen Jahren in der Öffentlichkeit zunehmend Beachtung gefunden. Auch in der amtlichen Bevölkerungsstatistik, die früher ausschließlich das Merkmal Staatsangehörigkeit erhob, wird nun in verschiedenen Statistiken der Migrationshintergrund erfasst. Mit dem *Mikrozensus 2005* war es möglich, Migration in Deutschland quantitativ

zu beschreiben. Dabei wird der Begriff Migration durch den Begriff Bevölkerung mit Migrationshintergrund erweitert. Der Migrationsstatus einer Person wird aus seinen persönlichen Merkmalen zu Zuzug, Einbürgerung und Staatsangehörigkeit sowie aus den entsprechenden Merkmalen seiner Eltern bestimmt. Zu Menschen mit Migrationshintergrund zählen demnach Personen, die

- a) ausländisch sind,
- b) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen, vor ihrer Einbürgerung jedoch mit ausländischer Staatsangehörigkeit in Deutschland lebten,
- c) als Aussiedlerinnen und Aussiedler eingewandert sind oder
- d) im Inland geboren wurden, aber mindestens ein Elternteil einen Migrationshintergrund (ausländisch, eingebürgert oder Spätaussiedler/in) aufweist.

Für die Zwecke der Zeitreihenanalyse wird zwischen einem Migrationshintergrund im engeren und einem solchen im weiteren Sinn (i. e. S. bzw. i. w. S.) unterschieden. Personen mit Migrationshintergrund i. e. S. sind von 2005 bis 2016 (Geltungsdauer der Erhebung lt. Mikrozensusgesetz) jährlich mit dem Mikrozensus identifizierbar. Zu den Personen mit Migrationshintergrund i. w. S. gehören zusätzlich Personen mit nicht durchgehend bestimmtem Migrationsstatus, die nur aufgrund der Zusatzfragen zu Migration im Mikrozensus 2005, 2009 und 2013 als solche erkennbar sind (z. B. in Deutschland geborene Deutsche, deren Migrationshintergrund aus Eigenschaften der Eltern resultiert, die Betroffenen jedoch nicht mit ihren Eltern in einem Haushalt leben).

Für Aussagen zum Migrationshintergrund einer Person kann auch auf das *Einwohnermelderegister* als Quelle zurückgegriffen werden. Aus den dort vorhandenen Merkmalen werden als Personen mit Migrationshintergrund ausgewiesen:

1. Ausländer,
2. Deutsche mit Migrationshintergrund:
 - a) Deutsche mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen oder Optionskennzeichen (im Inland geborene Kinder ausländischer Eltern) erhalten seit dem 01. Januar 2000 unter den in § 4 Abs. 3 Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG) genannten Voraussetzungen zunächst die deutsche Staatsangehörigkeit (Optionsregelung),
 - b) Deutsche unter 18 Jahren ohne eigene Migrationsmerkmale mit ausländischem Geburtsland oder Einbürgerungskennzeichen zumindest eines Elternteils, wenn die Person an der Adresse der Eltern/des Elternteils gemeldet ist.

Mikrozensus

Repräsentativstatistik (gemäß Mikrozensusgesetz vom 24. Juni 2004 (BGBl I S. 1.350), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 2. Dezember 2014 (BGBl I S. 1.350) über die wirtschaftliche und soziale Lage der Bevölkerung und den Arbeitsmarkt auf der Grundlage der kontinuierlich während des gesamten Jahres durchgeführten amtlichen Haushaltsbefragung bei ein Prozent aller Haushalte, deren Auswahl durch eine repräsentative Zufallsstichprobe zuverlässige Hochrechnungen auf die Gesamtheit aller Bundesbürger/innen ermöglicht. Ausgewählte Merkmale zur Gesundheit werden im Abstand von vier Jahren erfragt, zuletzt 2013.

Grundgesamtheit im Mikrozensus:

Die Erhebung erstreckt sich auf die gesamte Wohnbevölkerung in Deutschland. Dazu gehören alle Personen in Privathaushalten und Gemeinschaftsunterkünften am Haupt- und Nebenwohnsitz. Nicht zur Erhebungsgesamtheit gehören Angehörige ausländischer Streitkräfte sowie ausländischer diplomatischer Vertretungen mit ihren Familienangehörigen. Personen ohne Wohnung (Obdachlose) haben im Mikrozensus keine Erfassungschance.

Morbiditätsraten und Mortalitätsraten

Berechnung von Erkrankungs- und Sterberaten in einem bestimmten Zeitraum (meist ein Jahr) je 1.000, 10.000 oder 100.000 der Bevölkerung insgesamt bzw. je 1.000, 10.000 oder 100.000 der jeweilig definierten Altersgruppe.

Basis für die Berechnung sind die jeweiligen Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken sowie die durchschnittliche bzw. fortgeschriebene Bevölkerung.

Allgemeine (rohe) Morbiditäts- und Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Erkrankungs- und Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 der durchschnittlichen bzw. fortgeschriebenen Bevölkerung an. Aufgrund ihrer Abhängigkeit von der Altersstruktur sind sie für regionale und zeitliche Vergleiche weniger geeignet. (alternativ *siehe unter* altersstandardisierte Morbiditäts- und Mortalitätsraten).

Altersspezifische Morbiditäts- und Mortalitätsraten: Sie geben die Anzahl der Erkrankungs- und Sterbefälle je 1.000, 10.000 bzw. 100.000 der Bevölkerung der gleichen Altersgruppe an. Durch sie wird der Einfluss des Alters auf die Gesamtmorbidität bzw.

Gesamtsterblichkeit deutlich. Aufgrund von (definierten) verwendeten 5-Jahres-Altersgruppen ist eine zusätzliche Standardisierung nicht erforderlich.

Altersstandardisierte Morbiditäts- und Mortalitätsraten: Die Altersstandardisierung macht die Morbiditäts- und Mortalitätsraten unterschiedlicher Bevölkerungsgruppen, Regionen oder Zeiträume vergleichbar, indem sie den Einfluss eines unterschiedlichen Altersaufbaus der Bevölkerung durch Gewichtungen eliminiert. Demzufolge zeigen altersstandardisierte Raten an, wie die Morbidität und Sterblichkeit innerhalb der Bevölkerung wären, wenn deren Altersstruktur einer Standardbevölkerung zu Grunde läge. Die standardisierten Raten sind wegen des Bezugs auf die Altersstruktur der Referenzpopulation vergleichbar. Die Aussagen treffen sowohl auf einen zeitlichen Vergleich als auch auf regionale Vergleiche zwischen unterschiedlichen Bevölkerungsgruppen zu. In der Berliner GBE werden sowohl direkte Altersstandardisierungen (DMR; Referenzbevölkerung: alte Europastandardbevölkerung (1976)) als auch indirekte Standardisierungen (SMR, Standardized-Mortality-Ratio-Konzept; Referenzbevölkerung: Berlin) durchgeführt. Bei der SMR werden die beobachteten Fälle der Region in Beziehung gesetzt zu den erwarteten Fällen, die sich aus den altersspezifischen Sterberaten der Bezugsbevölkerung ergeben.

Müttersterblichkeit

Als Müttersterblichkeit gilt der Tod jeder Frau während der Schwangerschaft oder innerhalb von 42 Tagen nach Beendigung der Schwangerschaft. Ein Tod durch Unfall oder zufällige Ereignisse wird nicht einbezogen. Es wird zwischen direkten und indirekten Müttersterbefällen unterschieden.

Nettoeinkommen

Das *persönliche Nettoeinkommen* wird im Mikrozensus durch eine Selbsteinstufung der Befragten in vorgegebene Einkommensgruppen ermittelt, das *Haushaltsnettoeinkommen* durch Einstufung durch die Haushaltsbezugsperson (erste im Fragebogen eingetragene Person). Familiennettoeinkommen werden aus der Summe der jeweils zur Verfügung stehenden Individualeinkommen ermittelt.

Nichterwerbspersonen

siehe Erwerbsstatus.

Perinatale Sterblichkeit

Totgeborene (*siehe* Geborene) und im Alter von 0 bis unter 7 Tagen Gestorbene (*siehe* Säuglingssterblichkeit - Frühsterblichkeit) bezogen auf 1.000 Geborene.

Plötzlicher Kindstod

Der plötzliche Kindstod (auch SIDS / sudden infant death syndrome) definiert den plötzlichen Tod eines Säuglings, für den trotz Untersuchung des Auffindortes und Autopsie keine Ursache – z. B. eine Krankheit oder ein Unfall ermittelt werden kann. Es handelt sich beim SIDS immer um eine Ausschlussdiagnose. In den meisten Fällen findet der plötzliche Kindstod zur Schlafenszeit der Säuglinge statt.

Prävalenz

Die Prävalenz oder Krankheitshäufigkeit ist eine epidemiologische Kennzahl. Sie gibt an, wie viele Menschen einer bestimmten Population definierter Größe, an einer definierten Krankheit oder gesundheitsrelevanter Ereignisse oder Merkmale zu einem bestimmten Zeitpunkt oder Zeitraum erkrankt sind. Die Berechnung erfolgt je 1.000, 10.000, üblicherweise jedoch je 100.000.

Berechnungsmethoden *siehe* Morbiditäts- und Mortalitätsraten.

Prävention

Verhüten oder Vermeiden von Krankheiten bzw. Ausschalten von krankmachenden Faktoren. Es werden drei Formen der Prävention beschrieben:

Primäre Prävention: Vermeidung von Erkrankungen durch Ausschaltung von Risikofaktoren (z. B. Rauchen, Übergewicht).

Sekundäre Prävention: Früherkennung einer vorhandenen Erkrankung und frühzeitige Behandlung.

Tertiäre Prävention: Minimierung bzw. Bewältigung von Krankheitsfolgen, z. B. durch Rehabilitation.

Ziele der Prävention sind Verhütung und Vermeidung von Krankheiten, Milderung vorhandener Krankheiten sowie Gewährleistung einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung.

Psych-Entgeltsystem

Siehe Diagnosis Related Groups (DRGs) und PsychEntgeltsystem.

Säuglingssterblichkeit

Im ersten Lebensjahr Gestorbene, bezogen auf 1.000 Lebendgeborene. Um Verzerrungen zu vermeiden, die dadurch eintreten können, dass ein Teil der Gestorbenen bereits im Vorjahr geboren wurde und ein Teil der Lebendgeborenen erst im folgenden Kalenderjahr stirbt, wird die Säuglingssterblichkeit nach der Methode Rahts für Berlin insgesamt, nicht jedoch für die einzelnen Bezirke unter Berücksichtigung der Geburtenentwicklung des Berichtszeitraumes und des Vorjahres berechnet.

Einteilung erfolgt in:

Frühe Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 0 - 6 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Späte Neonatalsterblichkeit: Gestorbene von 7 - 27 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Postneonatalsterblichkeit: Gestorbene von 28 - 364 Tagen je 1.000 Lebendgeborene.

Schwangerschaftsabbruch

Beendigung einer intakten Schwangerschaft durch chirurgische oder medikamentöse Einwirkung. Die gesetzlichen Bestimmungen zum Schwangerschaftsabbruch sind im Schwangeren- und Familienhilfeänderungsgesetz vom 21. August 1995 geregelt. Danach ist ein Schwangerschaftsabbruch grundsätzlich für alle Beteiligten strafbar. Ausnahmen gelten im Falle einer medizinischen oder kriminologischen Indikation, bei der ein Abbruch nicht rechtswidrig ist (§ 218 a Abs. 2 und 3 StGB), oder nach der so genannten Beratungsregelung, nach der ein Schwangerschaftsabbruch bei Einhaltung der Fristen und nach erfolgter Schwangerschaftskonfliktberatung straflos bleibt (§ 218 a Abs. 1 und § 219 StGB).

Setting

„Setting“ bezeichnet diejenigen *Lebensbereiche*, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Der Berliner Gesundheitszieleprozess für Kinder der Altersgruppen 0 - 6 Jahre berücksichtigt beispielsweise die Settings Familie, Sozialraum, Kindertagesstätte bzw. Betreuungseinrichtung. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgversprechend.

Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG)

Seit dem 01.01.2000 gilt in Deutschland ein neues Staatsangehörigkeitsgesetz (StAG/ zuletzt geändert durch Art. 3 G v. 28.10.2015 I 1802). Das in den Grundzügen seit 1913 bestehende „Reichs- und Staatsangehörigkeitsgesetz“ leitete die Eigenschaft, Deutscher zu sein, von der Abstammung ab. Ausländer konnten nur Deutsche werden, wenn sie die eng formulierten Voraussetzungen der Einbürgerung erfüllten.

Die entscheidende Reform des neuen StAG ist die Ergänzung des Abstammungsprinzips um das *Geburtsrecht*. In Deutschland geborene Kinder ausländischer Eltern, von denen mindestens ein Elternteil seit wenigstens acht Jahren dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland lebt und eine Aufenthaltsberechtigung oder seit mindestens drei Jahren eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis hat, erhalten die deutsche Staatsbürgerschaft, meistens zusätzlich zu der ihrer Eltern.

Auch die Kinder, die am 01.01.2000 das 10. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten und ihren gewöhnlichen Aufenthalt rechtmäßig in Deutschland hatten, konnten auf Antrag ihrer Eltern eingebürgert werden. Das neue Staatsangehörigkeitsgesetz lässt die Mehrstaatlichkeit für diese Kinder bis zur Volljährigkeit zu. Dieser Antrag konnte jedoch nur bis zum 31.12.2000 gestellt werden.

Standardbevölkerung

Siehe Europäische Standardbevölkerung.

Sterbefälle

Siehe Gestorbene.

Stundenfälle

Patientinnen/Patienten, die in ein Krankenhaus aufgenommen und noch am gleichen Tag wieder entlassen bzw. in ein anderes Krankenhaus verlegt werden, sowie Patientinnen/Patienten, die am Aufnahmetag verstorben sind. Stundenfälle innerhalb eines Tages sind mit der Novellierung der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) (*siehe* dort) seit 2002 in der Summe der Krankenhausfälle (vgl. auch Fallzahl) enthalten und werden nicht mehr gesondert ausgewiesen. Für die Auswertung der Diagnosedaten der Krankenhauspatienten KhStatV Teil II: Diagnosen ist ein Nachweis im Rahmen von Sonderauswertungen möglich.

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Berücksichtigt den Einfluss einzelner Todesursachen und Todesursachengruppen auf die Mortalität.

Todesursachenstatistik

Angaben des Arztes auf dem Leichenschauschein über die Todesart (natürlicher bzw. nicht natürlicher Tod) und Todesursache. Da die Todesursachenstatistik unikausal aufbereitet wird, geht nur eine Krankheit, das Grundleiden (die Krankheit oder Verletzung,

die direkt zum Tode führende Krankheitszustände auslöste oder die Umstände des Unfalls oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten), in die Statistik ein.

Seit 1998 werden die Daten nach der „Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen“ (ICD-10) der WHO aufbereitet. Ein Vergleich mit den vom Januar 1979 bis Dezember 1997 vorliegenden Daten der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten“ (ICD 9) ist bei zahlreichen Todesursachen nur mit Einschränkungen möglich. Die Validität der Todesursachenstatistik wird zudem durch mögliche Fehlkodierungen aufgrund von Fehlinterpretationen von Kodierregeln und den Statistischen Ämtern nicht zugeleitete Totenscheine beeinträchtigt.

Mit Inkrafttreten des Bevölkerungsstatistikgesetzes (BevStatG) am 01.01.2014 werden für Berlin nur noch die Bevölkerungsdaten (einschließlich der Todesursachenstatistik) insgesamt ausgewiesen; auf Bezirksebene sind keine Daten verfügbar.

Totgeborene

Siehe Geborene.

Totgeburtenziffer

Anzahl der Totgeborenen je 1.000 Geborene (Lebend- und Totgeborene).

Verlorene Lebensjahre

Der Indikator „Verlorene Lebensjahre“ - Potential Years of Life Lost (PYLL) - ermöglicht eine Identifizierung von Krankheiten und Krankheitsgruppen, die einen hohen Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit haben. Ausgehend von einer vorgegebenen Altersgrenze - hier 65 Jahre - werden für alle vor Erreichung dieser Altersgrenze Gestorbene die nicht gelebten Jahre, das verlorene Potenzial, addiert und als rohe Rate je 100.000 der jeweiligen Bevölkerung ausgewiesen. Bei Bezug auf eine Standardpopulation (z. B. Europäische Standardbevölkerung) entsteht die entsprechende standardisierte Maßzahl.

Vermeidbare Todesfälle

Gegenwärtig zählen 29 Todesursachen und -gruppen (im Auftrag der Europäischen Gemeinschaft von einer Arbeitsgruppe definiert) zu den vermeidbaren Todesfällen (VTF).

Nach heutigem medizinischen Kenntnisstand ist es möglich, die definierten Krankheiten und Krankheitsgruppen erfolgreich zu behandeln oder sie durch gezielte Interventionen gar nicht erst entstehen zu lassen.

Die Vermeidbarkeit von Sterbefällen wird nur innerhalb definierter Altersgruppen, das 65. Lebensjahr meist nicht überschreitend, gesehen. Bei den meisten „vermeidbaren“ Todesursachen wird das 65. Lebensjahr als Obergrenze definiert, da sich durch zunehmendes Lebensalter und durch zunehmende Multimorbidität bei älteren Personen Todesfälle weniger „vermeiden“ lassen.

Verminderte Erwerbsfähigkeit

Bezeichnet einen krankheits- bzw. behinderungsbedingten physischen bzw. psychischen Zustand, der die Fähigkeit eines Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung einer beruflichen Tätigkeit zu verdienen.

In Deutschland spielt der Begriff vor allem für eine Rente wegen Erwerbsminderung aus der gesetzlichen Rentenversicherung (GRV) eine Rolle. Seit 1. Januar 2005 stellt die Erwerbsfähigkeit auch ein Kriterium dafür dar, ob man Ansprüche nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) (hier Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) hat, sofern man seinen Lebensunterhalt nicht selbst sicherstellen kann.

Eine *teilweise Erwerbsminderung* liegt nach § 43 SGB VI vor, wenn der Antragsteller auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur noch drei bis unter sechs Stunden täglich tätig sein kann. Eine *volle Erwerbsminderung* ist nach § 43 SGB VI dann gegeben, wenn die Erwerbsfähigkeit derart eingeschränkt ist, dass Tätigkeiten auf dem Arbeitsmarkt nur noch weniger als drei Stunden täglich verrichtet werden können.

Vertragsärztliche und vertragspsychotherapeutische Versorgung

Die rechtlichen Grundlagen der vertragsärztlichen/ psychotherapeutischen Versorgung sind in den §§ 72-105 und § 311 Sozialgesetzbuch V (SGB V) geregelt. Ärztinnen/Ärzte, Zahnärztinnen/-ärzte, Psychotherapeutinnen/-therapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen (§ 72 Abs. 1 SGB V). Die vertragsärztliche Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung, vgl. hierzu § 73 Abs. 1 S. 1 SGB V. Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung nach den gesetzlichen Vorschriften und den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) entsprechend sicherzustellen. Zu diesem Zweck haben die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Verbänden der Krankenkassen schriftliche Verträge inhaltlich so auszugestaltet, dass eine

ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (§ 72 Abs. 2 SGB V).

Verweildauer

Gibt den durchschnittlichen Aufenthalt eines Patienten im Krankenhaus bzw. in einer Fachabteilung im Berichtsjahr an. Sie wird aus dem Quotienten von Berechnungs- und Belegungstagen (bis 2001: Pflagetagen) und der entsprechenden Fallzahl (der Einrichtung bzw. der Fachabteilung) gebildet. Die durchschnittliche Verweildauer wird im Rahmen der KHStatV (siehe auch dort) sowohl im Teil I: Grunddaten, im Teil II: Diagnosen als auch im Teil III: Kostennachweis berechnet. Da der Berechnung jeweils unterschiedliche Fallzahlen (*siehe* dort) zugrunde liegen, können die Verweildauertage voneinander abweichen.

Vollzeitäquivalente (Vollkräfte)

Zahl der während eines Berichtsjahres Beschäftigten, umgerechnet auf die volle tarifliche Arbeitszeit.

Krankenhauspersonal mit direktem und ohne direktes Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus: In die Umrechnung auf Vollzeitäquivalente wurden neben dem *ärztlichen Personal* mit direktem Beschäftigungsverhältnis im Krankenhaus (hauptamtlich Tätige) bis 30. September 2004 auch Ärztinnen/Ärzte im Praktikum (*siehe* dort) einbezogen.

Beim *nichtärztlichen Personal* sind für die Ermittlung der Zahl der Vollkräfte Personen, die in der Krankenpflege oder Kinderkrankenpflege ausgebildet werden, im Verhältnis 9,5 zu 1 auf die Stelle einer in diesen Berufen voll ausgebildeten Person anzurechnen; vor dem 1. Januar 2005 galt das Verhältnis von 7 zu 1. Krankenpflegehilfeschüler und -schülerinnen werden im Verhältnis 6 zu 1 berücksichtigt.

Zusätzlich zum Personal mit direktem Beschäftigungsverhältnis wird in der Krankenhausstatistik seit 2009 das *Krankenhauspersonal ohne direktes Beschäftigungsverhältnis* erfasst und, umgerechnet in Vollkräfte, nachrichtlich ausgewiesen. Dabei handelt es sich z. B. um Personen, die im Personal-Leasing-Verfahren, im Rahmen einer konzerninternen Personalgesellschaft oder als Honorarkräfte im Krankenhaus eingesetzt werden. Entscheidend ist, dass die Leistung von der Einrichtung erbracht wird und sie sich zur Bewältigung dieser Aufgabe Personalverstärkung in Form von Zeitarbeit o. ä. hinzuholt (Personal einer Fremdfirma, die z. B. die Reinigung in der Einrichtung übernommen hat, rechnet nicht dazu).

Vorzeitige Sterblichkeit

Gestorbene von 0 bis 64 Jahre. Die vorzeitige Sterblichkeit ist von besonderem Interesse, um Gesundheitsrisiken festzustellen. Aus der Sicht von Entscheidungsträgern scheinen hier am ehesten Interventionen, sei es in der Prävention oder in der medizinischen Versorgung, möglich und notwendig.

Wohngeld

Wohngeld wird zur wirtschaftlichen Sicherung angemessenen und familiengerechten Wohnens auf Antrag bei den Wohngeldämtern als Mietzuschuss für Mieter einer Wohnung oder eines Zimmers oder als Lastenzuschuss für Eigentümer eines Eigenheims oder einer Eigentumswohnung bei Bedürftigkeit gezahlt. Der Zuschuss ist abhängig vom Einkommen, der Höhe der Miete bzw. der entsprechenden Belastung bei Eigentum und vom Einkommen der noch im Haushalt lebenden Personen. Seit 01.01.2005 sind Empfänger von Transferleistungen wie z. B. Arbeitslosengeld II, Sozialgeld, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung nach SGB XII, Kinder- und Jugendhilfe nach SGB VIII u. a. nicht mehr anspruchsberechtigt, da angemessene Unterkunftskosten im Rahmen der jeweiligen Sozialleistung Berücksichtigung finden. Auch alleinstehende Auszubildende und Studierende erhalten grundsätzlich kein Wohngeld, wenn sie dem Grunde nach Anspruch auf Leistung nach dem Bundesausbildungsförderungsgesetz oder Berufsausbildungsbeihilfe nach dem SGB III haben. Seither wird unterschieden nach reinen Wohngeldempfängerhaushalten und wohnungsrechtlichen Teilhaushalten in Mischhaushalten (Haushalte, in denen sowohl wohngeldberechtigte als auch transferleistungsempfangende Personen leben). In der in diesem Bericht enthaltenen Tabelle ist die Gesamtzahl der Empfängerhaushalte ausgewiesen.

Wohnortprinzip

Erfassung nach dem Wohnort der von dem erhobenen Tatbestand betroffenen Person (*siehe* auch Ereignisprinzip).

Zahnärztinnen/Zahnärzte

Einschließlich kieferorthopädisch und oralchirurgisch weitergebildete Zahnärztinnen/Zahnärzte.

Literaturverzeichnis

- Becker, U., Kingreen, T. (Hrsg.) (2014): SGB V. Gesetzliche Krankenversicherung. Kommentar, 4. Auflage, München: C.H. Beck Verlag.
- BMG, Bundesministerium für Gesundheit: Leistungskatalog der Krankenversicherung. Online verfügbar unter: <http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/leistungen/leistungskatalog.html>.
- Borutta, A., Wagner, M., Kneist, S. (2010): Bedingungsgefüge der frühkindlichen Karies. Oralprophylaxe & Kinderzahnheilkunde 32: S. 58-63.
- Filsinger, B.; Bechtold, I.; Gehrman, J. (2008): Die geburtshilfliche Anamnese als Schlüssel für frühe individuelle Hilfen. Das Präventionsprojekt am Ludwigshafener St. Marien- und St. Annastifts Krankenhaus. In: Frauenarzt 49 Nr.6, S. 528-530.
- Fuchs-Rechlin, K. (2006): „Kindstötungen – Was sagt die Statistik?“ In: Rauschenbach, Th. (Hrsg.). KomDat Jugendhilfe, Oktober 2006, Sonderausgabe, 9. Jg., S. 3-5.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2011): Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres („Kinder-Richtlinien“), S. 1.. Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-506/RL_Kinder_2010-12-16.pdf.
- G-BA, Gemeinsamer Bundesausschuss (2014): Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung („Mutterschafts-Richtlinien“). Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-883/Mu-RL_2014-04-24.pdf.
- Hippke, A., Zabel, C. (2010): Karies bei ein- und zweijährigen Krippenkindern. Dent Diss, Hamburg.
- Landesgremium § 90a SGB V (2014): Zwischenbericht zum Letter of Intent (LOI) der Arbeitsgruppe zur Bedarfsplanung. Online verfügbar unter https://www.berlin.de/sen/gesundheit/_assets/themen/ambulante-versorgung/2014-12-02_zwischenbericht_zum_loi.pdf.
- Minde, K., Minde, R. (1997). In: Petermann, F., Schneider, W. (Hrsg.). Enzyklopädie der Psychologie. Angewandte Entwicklungspsychologie. Entwicklungspsychologie 7, S. 179, Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Rahmenkonzeption und Fördergrundsätze zur Umsetzung der Verwaltungsvereinbarung „Bundesinitiative Frühe Hilfen und Familienhebammen, Pkt. 1.2, S. 3, Abs. 2. Online verfügbar unter: https://www.berlin.de/ba-lichtenberg/auf-einen-blick/buergerservice/familie/mdb-balichtenberghohenschoenhausen-buergerservice-familie-fruehe_hilfen_rahmenkonzeption.pdf.
- Robke, F.J. (2008): Folgen des Nuckelflaschenmissbrauchs für die Zahngesundheit. Prävalenz von Karies, Zahn- und Kieferfehlstellungen bei norddeutschen Vorschulkindern. J Orofacial Orthop 69 (1): S. 5-19.
- Robke, F.J., Buitkamp, M. (2002): Häufigkeit der Nuckelflaschenkaries bei Vorschulkindern in einer westdeutschen Großstadt. Oralprophylaxe 24 (2): S. 59-65.
- Rojas, G., Deichsel, M., Lüdecke, K., Heinrich-Weltzien, R. (2013): Ergebnisse einer landesweiten Studie im Land Brandenburg. Frühkindliche Karies bei Kleinkindern im Land Brandenburg - Epidemiologie und Risikofaktoren. Online verfügbar unter: <http://www.brandenburger-kinderzaehne.de/Veroeffentlichungen.294.0.html>.
- Siefert, S. et.al (2015): Programm Babyotse - Modellhafte Evaluation der Wirksamkeit eines Sozialen Frühwarnsystems. In: Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, Band 219: P10_4.
- Splith, C.H., Treuner, A., Berndt, C. (2009): Orale Gesundheit im Kleinkindalter. Präz Gesundheitsf 4: S. 119-123.
- Teti, M.D., Candelaria, M.A. (2002): Parenting Competence. In: Bornstein, M. (Ed.). Handbook of Parenting, S. 149-181, Vol. 4, Social Conditions and Applied Parenting, LEA, Mahwah, New Jersey: London.
- Tsokos, M. (2014): Zu den Grenzen eines effektiven Kinderschutzes. In: Ärztekammer Berlin (Hrsg.). Berliner Ärzte, 10/2014, 51. Jg., Leipzig: Leipziger Verlagsanstalt GmbH, S. 18f.

Publikationsverzeichnis

Im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung und des Sozialstatistischen Berichtswesens wurden vom Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales folgende Veröffentlichungen herausgegeben.

Alle Veröffentlichungen sind abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/>

Gesundheitsberichterstattung (GBE)

Basisberichte

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9242) enthält Tabellen, die sich am Indikatorensatz der Länder orientieren, Erläuterungen sowie kurze Ergebnisbeschreibungen zu verschiedenen Themenfeldern. Ab Basisbericht 1991 als PDF-Datei abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/basisberichte>.

- Basisbericht 2012/2013 (2013). Schwerpunktthema „Chronische Erkrankungen“.
- Basisbericht 2010/2011 (2011). Schwerpunktthema „Ambulante Versorgung und Morbidität“.
- Basisbericht 2009 (2010). Schwerpunktthema „Frauen und Männer im Erwerbsalter“.
- Basisbericht 2008 (2009). Schwerpunktthema „Ältere Menschen in Berlin“.
- Basisbericht 2006/2007 (2008). Schwerpunktthema „Ausländische Bevölkerung und Bevölkerung mit Migrationshintergrund“.
- Basisbericht 2005 (2006). Schwerpunktthema „Kinder und Jugendliche“.
- weitere ab 1991 online verfügbar

Spezialberichte - GBE

Diese Berichtsform (ISSN 1617-9250) wird zu Schwerpunktthemen (z. B. Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas, Einheitliche Erfassung des Migrationshintergrundes bei Einschulungsuntersuchungen, Mundgesundheit der Berliner Kinder, Sozialstruktur und Kindergesundheit) erarbeitet; sie enthält Analysen, Zusammenhänge und Handlungsempfehlungen. PDF-Dateien sind ab dem Jahr 1995 abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/spezialberichte>.

Grundausswertungen - GBE

Grundausswertungen bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation derzeit zum Themenbereich der Einschulungsuntersuchungen in Berlin. Jedem Inhaltsbereich ist eine kurze Darstellung zur Methodik der Datenerhebung vorangestellt. PDF-Dateien abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/grundausswertungen>.

Diskussionspapiere zur Gesundheits- und Sozialforschung

In dieser Reihe (ISSN 1868-4475) werden Themen (z. B. zur demographischen Entwicklung und ihren Auswirkungen auf Morbidität, Mortalität, Pflegebedürftigkeit und Lebenserwartung; Gesundheit und Gesundheitsverhalten von Jugendlichen (Schulentlassungsuntersuchungen), gesundheitliche Lage von Frauen oder älteren Menschen) von besonderer gesundheitspolitischer Bedeutung diskutiert sowie strittige oder widersprüchliche Aspekte des Themas aufgezeigt. Die Diskussionspapiere erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Folge. PDF-Dateien sind ab dem Jahr 1986 abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/diskussionspapiere>.

Gesundheitsbarometer

Neben der Bereitstellung von Basisdaten bedarf es aktueller valider Daten, die kurzfristig verfügbar sind. Hierbei bedient sich die Senatsverwaltung des Instruments der repräsentativen Befragung (Gesundheitsbarometer). In Bezug auf Angebote und Leistungen der Senatsverwaltung werden Tendenzen, Entwicklungen und Stimmungen der Berliner Bevölkerung frühzeitig berücksichtigt. PDF-Dateien von 1991 bis 1996 z. B. zu Fragen zur Gesundheit und Prävention sind abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/gesundheitsbarometer/>

Statistische Kurzinformationen - GBE

Diese Berichtsform (ISSN 1863-9305) fokussiert in aller Kürze auf aktuell politische Themen (z. B. Mundgesundheits Berliner Kinder und Jugendlicher, Geburtsgeschehen, Kernindikatoren für Bezirksprofile) und dient als schnelle Information der politisch Verantwortlichen, der Fachebene sowie als Mitteilung an die Öffentlichkeit. PDF-Dateien ab dem Jahr 2002 sind abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/gesundheitsberichterstattung-epidemiologie/statistische-kurzinformationen.>

Sozialstatistisches Berichtswesen (SBW)

Spezialberichte - SBW

Die Spezialberichte (ISSN-1861-9444) verfolgen die vertiefende Analyse von Erkenntnissen aus der Sozialstatistik nach unterschiedlichen Themenschwerpunkten (z. B. zur sozialen Lage älterer Menschen, Einflussfaktoren und Strukturmerkmale für die Sozialhilfebedürftigkeit von Familien mit Kindern). Sie erscheinen in unregelmäßiger zeitlicher Reihenfolge. PDF-Dateien abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/spezialberichte/>

Weitere Spezialberichte und Diskussionspapiere mit Bezug zum Themengebiet des Sozialstatistischen Berichtswesens finden Sie unter den Publikationen im Abschnitt Gesundheitsberichterstattung (GBE).

Grundausswertungen - SBW

Grundausswertungen enthalten zusammenfassende Übersichten der wichtigsten Eckdaten zu Ausmaß und Struktur des jeweils aktuellen Standes des Bezuges von Leistungen nach dem SGB XII, AsylbLG und dem LPfGG im Land Berlin und deren zeitlicher Entwicklung. Die Daten bieten einen deskriptiven Überblick ohne tiefer gehende Kommentierung oder Interpretation. PDF-Dateien sind abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/grundausswertungen/>

Quartalsberichte - SBW

Die Berichtsreihe, in der die aktuelle Entwicklung der Leistungen und Empfängerart auf den Sozialleistungsgebieten BSHG, AsylbLG und PflegeG in Tabellenform mit kurzen Interpretationen sowie Schwerpunktthemen angeboten wurde, erschien quartalsweise seit 1988, letztmalig in dieser Form im IV. Quartal 2003. Der statistische Tabellensatz des Berichtes mit unterjährigen Empfänger- und Leistungsdaten für Berlin insgesamt sowie in bezirklicher Gliederung wird weiterhin im Internet unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/quartalsberichte> bereitgestellt.

Statistische Kurzinformationen - SBW

Die Berichtsform (ISSN 1864-0710) stellt in aller Kürze zu aktuellen politischen Themen und relevanten Entwicklungen dar (z. B. Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt, der Grundsicherung, des LPfGG, AsylbLG). PDF-Dateien sind ab dem Jahr 2006 abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/sozialstatistisches-berichtswesen/statistische-kurzinformationen>.

Informationssysteme

Spezialberichte – Informationssysteme

Das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) dient der Bereitstellung von Daten und Berichten der Berliner Gesundheitsberichterstattung (GBE) und des Sozialstatistischen Berichtswesens (SBW) im Internet und gewährleistet damit die Zugänglichkeit für die Adressaten der Berichterstattung. Es bietet umfangreiche Informationen anhand von Dokumenten, die in Dateiform vorliegen und bei Bedarf von den Informationssuchenden heruntergeladen und genutzt werden können. Der Spezialbericht (ISSN 1865-8377) enthält Informationen zum GSI. PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/gesundheits-und-sozialberichterstattung/veroeffentlichungen/spezialberichte-informationssysteme/>

Weitere Veröffentlichungen

unter Beteiligung des Referats Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Sozialinformationssysteme.

- Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (Herausgeber):
Diskussionspapier Gesundheitliche und pflegerische Versorgung im Alter – 80 plus (2015)
und
80plus-Rahmenstrategie zur gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung hochaltriger Menschen in Berlin Ziele, Maßnahmen und Kooperationspartner (2016)
PDF-Dateien abrufbar unter: <http://www.berlin.de/sen/gessoz/80plus/>
- Stabenow, Roland; Schulz, Mandy; Meinschmidt, Gerhard; Imme, Uwe (2007):
Krebsatlas Berlin 2002-2004. Berlin, Schriftenreihe des Gemeinsamen Krebsregisters, Heft 2. PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/gessoz/beauftragte-und-einrichtungen/gemeinsames-krebsregister/>

Fachliche Auskünfte und Bezug:

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

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

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

Senatsverwaltung
für Gesundheit und Soziales



Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
Oranienstr. 106
10969 Berlin
Tel (030) 9028-1235
www.berlin.de/sen/gessoz
pressestelle@sengs.berlin.de
© Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales