



Gesundheitsberichterstattung Berlin Basisbericht 2008

Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Kurzfassung und tabellarische Übersicht der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt „Ältere Menschen“

Herausgeber: Prof. Dr. Gerhard Meinschmidt
Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie,
Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen,
Gesundheits- und Sozialinformationssysteme
Dienstgebäude: Oranienstraße 106, 10969 Berlin
ISSN 1617-9242

Fachliche Auskünfte

Telefon: (030) 9028 2660
Telefax: (030) 9028 2067
E-Mail: Gerhard.Meinschmidt@senguv.berlin.de
Homepage: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Redaktionsschluss: Januar 2009

Bezug: Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz
Telefon: (030) 9028 1229
Telefax: (030) 9028 1372

Nachdruck, auch auszugsweise, nur mit Quellenangabe gestattet.

Vorbemerkungen

Der vorliegende *Basisbericht der Gesundheitsberichterstattung* gibt einen Überblick über den Gesundheitszustand der Berlinerinnen und Berliner und das Gesundheitswesen in der Stadt. Dabei orientiert sich der Bericht an dem „Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder“, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Bundesländer dient. Standard ist hierbei die geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich.

Aktuell stehen den Informationssuchenden 260 Tabellen entsprechend dem Indikatorensetz zur Verfügung, darüber hinaus 135 Tabellen mit ergänzenden, berlinspezifischen Informationen. Insgesamt finden die Nutzerinnen und Nutzer unter mehr als 400 Stichworten Informationen zum Berliner Gesundheits- und Sozialwesen.

Schwerpunkt des aktuellen Berichts ist die *gesundheitliche Lage von älteren Menschen sowie deren gesundheitliche und soziale Versorgung*. Als ältere Menschen werden - entsprechend der Empfehlung der WHO - die 50-Jährigen und Älteren bezeichnet, entgegen der in der Statistik üblichen Altersgrenze 65 Jahre und älter werden also auch sogenannte „junge Alte“ einbezogen. Diese weiter gefasste Abgrenzung erlaubt die Darstellung von Potenzialen und Defiziten für ein gesundes Altern und zugleich der für diesen Prozess notwendigen Ansätze der Prävention und Gesundheitsförderung.

Für die statistische Analyse der älteren Bevölkerung wurde die heterogene Gruppe der älteren Bevölkerung in weitere Gruppen unterteilt, sofern die Datenquellen dies zuließen. So wurden zahlreiche Themen erstmals für diesen Bericht auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten nach verschiedenen Altersgruppen ab 50 Jahren ausgewertet, das betraf u. a. Daten zu Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, zu Pflegebedürftigkeit, Krankenhausfällen, Unfällen, Todesursachen und Suizidgeschehen. Diese um zusätzliche Altersgruppen erweiterte Aufbereitung wird künftig fester Bestandteil der Berliner Gesundheitsberichterstattung sein. Für einige Themenbereiche konnten aufgrund der Datenlage für die ältere Bevölkerung nur die Standardaltersgruppen (60 oder 65 Jahre und älter) verwendet werden, z. B. bei der Umfrage zum Sport- und Bewegungsverhalten oder Vergiftungsrisiken im höheren Lebensalter. Neu konnte in den Tabellenteil des Berichts die bezirkliche Aufbereitung ambulanter und stationärer Pflege aufgenommen werden, die bisher nicht Bestandteil der Bundespflegestatistik war.

Der *Basisbericht 2008* wird ergänzt durch einen Nachtrag, mit dem aktuelle Daten zur Verfügung gestellt werden, die nicht rechtzeitig zur Veröffentlichung im Basisbericht vorlagen.

Der komplette *Basisbericht 2008* sowie der Nachtrag können als pdf-Dateien von der Homepage der Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz heruntergeladen werden (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>). Alle Tabellen stehen darüber hinaus im Excel-Format im *Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI)* unter <http://www.gsi-berlin.info/> zur Verfügung.

Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems (Kapitel 2 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält Informationen zur Bevölkerungsstruktur und -bewegung sowie zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Berlinerinnen und Berliner. Entsprechend dem Themenschwerpunkt des Berichts liegt der Fokus der Textbeiträge (Schwerpunkte) auf Zusammensetzung und Entwicklung der älteren Berliner Bevölkerung sowie auf ausgewählten Aspekten zu deren sozialen Situation. In den Tabellen werden die höheren Altersklassen - ebenso wie Geschlechterverteilung und Staatsangehörigkeit bzw. Migrationshintergrund - standardmäßig ausgewiesen, in den Bevölkerungstabellen in 5-Jahresabständen bis zum Alter der 95 Jahre und Älteren. Unter dem Blickwinkel des Themenschwer-

punktes neu hinzugekommen sind Tabellen zu Empfängerinnen und Empfängern von Sozialleistungen gemäß 3. und 4. Kapitel SGB XII, aufbereitet für sechs Altersgruppen ab 50 Jahren.

Schwerpunkte

Entwicklung der Berliner Bevölkerung - demografischer Wandel

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 2.1.1, Seiten 37 - 43)

- Der in den letzten Jahren beobachtete demografische Wandel führt in Berlin zu *älter werdender Bevölkerung*. Dabei bedeutet Altern der Bevölkerung nicht allein eine wachsende Zahl älterer Menschen, sondern vor allem, dass sich die Zusammensetzung der Bevölkerung immer mehr in Richtung älterer Menschen verschiebt. Dieser Prozess ist im heutigen Altersaufbau der Bevölkerung bereits angelegt und kann durch steigende Geburtenzahlen oder Zuwanderungen lediglich abgemildert, nicht jedoch umgekehrt werden.
- Von der im Jahr 2007 auf 3,416 Mio. gestiegenen Einwohnerzahl (31.12.) waren 1,261 Mio. Personen in der *Altersgruppe von 50 Jahren und älter*, d. h. sie machten über ein Drittel (37 %) der Berliner Bevölkerung aus. Bei den Berlinerinnen und Berlinern mit *deutscher* Staatsangehörigkeit lag der Anteil der 50 Jahre und Älteren mit 39 % noch höher, bei in Berlin lebenden *ausländischen* Staatsangehörigen waren die Älteren dagegen nur mit 22 % vertreten.
- Jede vierte Ende 2007 in Berlin lebende Person hatte laut Einwohnermelderegister einen Migrationshintergrund. Noch höher war mit 29 % der *Migrantenanteil* bei unter 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern, während in der Altersgruppe 65 Jahre und älter Migration nur in 14 % der Lebensläufe eine Rolle spielte (Daten für die Altersgruppe 50 Jahre und älter standen für das Merkmal Migrationshintergrund nicht zur Verfügung).
- Im *Prognosezeitraum* wird die Zahl der älteren Menschen ab 50 Jahre um 222.000 auf 1,49 Mio. Personen (+18 %) steigen, in der Gruppe der über 65-Jährigen wird mit einem Plus von 30 % ein noch größerer Zuwachs erwartet. Im Prognosejahr 2030 werden dann etwa 43 % der Bevölkerung älter als 50 Jahre sein, 2007 lag der Anteil noch bei 37 %. Dabei wird sich die Zahl der über 80-jährigen Hochbetagten mit einer Steigerung um 119.400 auf 255.900 Personen nahezu verdoppeln. Demgegenüber wird der Anteil der Menschen, die jünger als 65 Jahre sind, weiter sinken, bei den unter 18-Jährigen auf 14,0 % (2007: 14,7 %) der Gesamtbevölkerung und in der Altersklasse 18 bis unter 65 Jahre auf 62,4 % (2007: 66,9 %). Die Gruppe der erwerbsfähigen Bevölkerung im Alter von 18 bis unter 65 Jahren wird bis zum Jahr 2030 um 116.000 Personen (5,1 %) abnehmen. Besonders drastisch wird der Rückgang bei den jungen Erwachsenen zwischen 18 und 25 Jahren ausfallen: im Jahr 2030 werden ca. 43.200 Personen weniger dieser Altersklasse (ein Minus von 14,4 %) angehören. Insgesamt wird die Berliner Bevölkerungszahl entgegen dem Bundestrend bis zum Jahr 2030 voraussichtlich um 1,7 % auf 3,476 Mio. Personen steigen.
- Nach aktueller Prognose wird der *Altersdurchschnitt* der Berliner Bevölkerung 2030 mit 45,3 Jahren um 3 Jahre höher liegen als 2007.

Aspekte zur sozialen Lage der älteren Bevölkerung in Berlin

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 2.1.2, Seiten 43 - 51)

- Vom *Armutsrisiko* waren 2006 446.900 Berlinerinnen und Berliner betroffen, das entspricht einer Armutsrisikoquote von 13,2 % (Anteil an der Berliner Bevölkerung). Für die Berechnung des Armutsriskos wird die Armutsrisikoquote definiert als Anteil der Personen in Haushalten, deren bedarfsgewichtetes Nettoäquivalenzeinkommen monatlich weniger als 60 % des Medians (mittlerer Wert) aller Personen beträgt. In Einpersonenhaushalten mit Personen im Alter zwischen 50 und 54 Jahren lag die Armutsquote bei 20,2 %, sie nimmt in dieser Haushaltsform mit zunehmendem Lebensalter kontinuierlich ab (70 Jahre und älter: 4,2 %). Der Anteil der als arm zu bezeichnenden Mehrpersonenhaushalte lag bei den 50- bis 54-Jährigen nur bei 10,2 % und sinkt mit Beginn des 65sten Lebensjahres auf unter 5 %.

- Bei den Einkommen der 1,269 Mio. älteren Berlinerinnen und Berliner (50 Jahre und älter) spielten *Erwerbseinkünfte* eine untergeordnete Rolle: Nur in 28,9 % der Fälle bildete 2006 Erwerbstätigkeit die Quelle des Lebensunterhalts. Die Anzahl der 50-jährigen und älteren *Arbeitslosen* ist 2007 gegenüber 2006 um fast 15 % auf 49.359 Personen gesunken.
- Die Verteilung der erlangten *Schul- und Berufsabschlüsse* der Berlinerinnen und Berliner ab 65 Jahren (für die Altersgruppe ab 50 Jahren standen keine Daten zu Bildungsabschlüssen zur Verfügung) unterscheidet sich deutlich von der in der Gesamtbevölkerung: Während in der Altersgruppe 65 Jahre und älter die Anteile der Haupt- oder Volksschulabschlüsse bei 57 % und der erreichten Fachhochschulreife bei 20 % lagen, betragen die entsprechenden Werte für Berlin insgesamt 23 % bzw. über 30 %. Etwa die Hälfte der ab 65-Jährigen hat einen Abschluss in einer Lehr- oder Anlernausbildung, während dieser Anteil in der gesamten Bevölkerung in Berlin 2006 nur 37 % betrug. Der Wandel, der sich seit der Ausbildungszeit der heute 65 Jahre und Älteren vollzog, ist besonders deutlich am Vergleich von Männern und Frauen abzulesen: Die bei den ab 65-Jährigen noch zu beobachtenden extremen Unterschiede, z. B. bei Fachhochschulreife (Männer 31 % / Frauen 13 %), Hochschulabschluss (Männer 17 % / Frauen 6 %) oder ohne beruflichen Ausbildungsabschluss (Männer 15 % / Frauen 31 %), hatten sich 2006 in der Gesamtbevölkerung bis auf wenige Prozentpunkte Differenz angeglichen.
- Während die Bezugszahlen von *Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen* 2007 gegenüber 2006 fast unverändert blieben (2007: 9.489 / 2006: 9.429 bzw. für beide Jahre 2,8 je 1.000 Einwohner), war bei der Zahl der *Grundsicherung im Alter* (Altersgruppe 65 Jahre und älter) und bei *Erwerbsminderung* erhaltenden Personen ein weiterer Anstieg zu erkennen (2007: 43.030 bzw. 12,6 je 1.000 Einwohner / 2006: 38.794 bzw. 11,4 je 1.000 Einwohner). Insgesamt waren in Berlin Ende 2007 52.519 Menschen (15,4 je 1.000 Einwohner) auf Sozialleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuch XII zur Sicherung ihres Lebensunterhaltes angewiesen. *Ältere Menschen* sind vermehrt auf *Sozialleistungen nach dem 3. und 4. Kapitel Sozialgesetzbuch XII* (Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen und bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) angewiesen. Mit 35.209 Personen Ende 2006 und 38.253 Ende 2007 gehörten in beiden Jahren jeweils 73 % aller Empfängerinnen und Empfänger in Berlin der Altersgruppe 50 Jahre und älter an. Von ihnen hatten mehr als 50 % das Alter von 64 Jahren überschritten. Die Empfängerquoten je 1.000 Einwohner lagen Ende 2007 für 50- bis 64-Jährige mit 17,8 etwas höher als der Berliner Durchschnitt und für Personen ab 65 Jahren mit 43,0 noch weit darüber. Am häufigsten waren 65- bis 69-jährige Berlinerinnen und Berliner auf diese Hilfeleistungen angewiesen (52,8 je 1.000), mit zunehmendem Alter werden die Empfängerquoten wieder niedriger (70 - 79 Jahre: 42,3 / 80 - 94 Jahre: 28,5), um in der Altersklasse 95 Jahre und älter den - gegenüber der berlinweiten Quote immer noch hohen - Wert von 22,6 je 1.000 Einwohner zu erreichen.

Tabellen

Kapitel 2 des Basisberichts enthält Daten zur Bevölkerung nach Strukturmerkmalen (Geschlecht, Ausländeranteil, Bezirken, Altersstruktur), Daten zur Bevölkerungsbewegung (Geborene/Gestorbene, Fruchtbarkeitsziffer, Zu-/Fortzüge, Bevölkerungsprognose) sowie Daten zur wirtschaftlichen und sozialen Lage (Bildungsstand, Erwerbstätigkeit und Einkommen (soweit im Mikrozensus vorhanden auch nach Migrationsstatus), Alleinerziehende, Arbeitslose, Empfängerinnen und Empfänger ausgewählter Sozialleistungen). Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 2.2.1 - 2.2.26 (Seiten 52 - 108) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 26 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren acht Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen. Daten zu Sozialleistungsempfängenden in den neu im Basisbericht ausgewiesenen differenzierten höheren Altersklassen sind in den Tabellen 2.2.24 a - 2.2.24 c enthalten.

Gesundheitszustand der Bevölkerung (Kapitel 3 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält im ersten Teil Informationen zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheiten bei älteren Menschen in Berlin. Neben allgemeiner Morbidität, zu der u. a. der ambulante und der stationäre Bereich, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen, Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit der Berliner Bevölkerung zählen, wird eine Auswahl an spezifischer Morbidität wie meldepflichtige Infektionskrankheiten, bösartige Neubildungen, Unfälle und Verletzungen thematisiert. Der Themenschwerpunkt der älteren Menschen findet dabei besondere Berücksichtigung. Den Standardtabellen wurde eine umfangreiche Auswertung zur stationären Morbidität der älteren Berliner und Berlinerinnen hinzugefügt.

Der zweite große Bereich dieses Themenfelds enthält Aspekte zur Sterblichkeit älterer Menschen in Berlin. Dazu gehören neben der Lebenserwartung die allgemeine und die todesursachenspezifische Mortalität, die u. a. Auskunft gibt über das Suizidgeschehen im Alter. Die Tabellen zur Mortalität werden wegen ihrer späten Verfügbarkeit nur in elektronischer Form als Berichtsnachtrag veröffentlicht.

Schwerpunkte

Allgemeine Morbidität älterer Menschen in Berlin

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 3.1.1.1, Seiten 110 - 136)

Subjektive Morbidität

- *Befragungen zum Gesundheitszustand* in Deutschland beantworten ältere Menschen meist mit relativ hohen Zufriedenheitswerten. Den Auswertungen der telefonischen Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts von 2003 bis 2006 zufolge schätzten mehr als zwei Drittel der befragten 50- bis unter 65-Jährigen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein. Bei den über 65-Jährigen betrug der Anteil bei den Frauen immerhin noch 48,2 % und bei den Männern 55,3 %. Demgegenüber stand ein hoher Prozentsatz von Angaben zu häufig bestehenden Krankheiten und pathologischen Befunden. So hatte beispielsweise weit mehr als jede dritte 50- bis unter 65-jährige Person in Deutschland erhöhten Blutdruck, bei den über 65-Jährigen war bereits über die Hälfte der Altersgruppe betroffen. Bezogen auf erhöhte Blutfettwerte lag der Anteil ähnlich hoch.

Ambulante Morbidität

- Nach einer *Versichertenbefragung der Berliner Kassenärztlichen Vereinigung* gaben 65 % der befragten gesetzlich versicherten 18- bis unter 80-jährigen Personen aus Berlin an, drei bis zehnmal pro Jahr ihren *Hausarzt zu konsultieren*.
- *Chronifizierte Krankheiten im Alter* wie z. B. Hypertonie, Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheiten, Altersdiabetes, Arteriosklerose, Fettstoffwechselstörungen, Bronchialleiden, Rheuma/ Arthrose und Demenz, um die wichtigsten zu nennen, bedürfen einer stetigen Therapie und führen auch die Liste der *häufigsten Behandlungsanlässe in den allgemeinärztlichen, hausärztlich-internistischen und fachärztlich internistischen Praxen* an.
- Über 50 % aller *verordneten Arzneimittel* gehen zu Lasten von chronischen Erkrankungen, die hauptsächlich im höheren Erwachsenenalter auftreten. Und meist leiden die erkrankten Personen an mehreren Krankheiten, so dass sie gleichzeitig mehrere Medikamente verordnet bekommen.

Stationäre Morbidität

- Von den 598.541 vollstationären Behandlungsfällen aus Berlin, die 2006 in Berliner Krankenhäusern gezählt wurden, hatte die Hälfte (Männer: 131.572 / Frauen: 168.037) das 60. Lebensjahr überschritten. Im Rentenalter (65 Jahre und älter) waren 42 % der in Berlin behandelten Patientinnen und Patienten, wobei der Anteil bei den Frauen mit 44 % deutlich über dem der Männer lag (39 %). Im Bundesvergleich lag die *Krankenhaustätigkeit* der über 65-jährigen Berliner und Berlinerinnen mit 43.814 je 100.000 Einwohner in den letzten Jahren (2004/2006) im Mittelfeld.

- Etwa 8% der 245.636 in internistischen Abteilungen stationär Behandelten wurden in einer *geriatrischen Abteilung* (einer Subabteilung der Inneren Medizin) versorgt.
- Die *Bettenkapazität* wurde zu fast zwei Drittel (etwa 8.200) von über 60-jährigen Berlinerinnen und Berlinern benötigt. 40 % (5.320 pro Tag) aller Berliner Krankenhausbetten wurden allein von den 70- bis unter 95-Jährigen beansprucht.
- Insgesamt ging die durchschnittliche *Krankenhaus-Verweildauer* in Berlin auf 8,5 Tage zurück (2001: 9,9 Tage), wobei über 60-Jährige im Jahr 2006 mit einer Liegezeit von 10,0 Tagen im Durchschnitt fast drei Tage länger in stationärer Behandlung bleiben mussten als unter 60-Jährige.
- Die *häufigsten Erkrankungen*, die bei über 60-jährigen Berlinerinnen und Berlinern eine *stationäre Behandlung* erforderlich machen, sind Herzinsuffizienz, Herzenge und Oberschenkelhalsbrüche (vor allem bedingt durch Stürze im häuslichen Milieu). Die meisten der in der Zeit von 2004 bis 2006 in ein Berliner Krankenhaus aufgenommenen über 60-jährigen Patientinnen befanden sich wegen einer Herzinsuffizienz in stationärer Behandlung. Oberschenkelhalsbrüche waren dann der zweithäufigste und Angina pectoris der dritthäufigste Behandlungsgrund. Bei den über 60-jährigen Männern waren koronare Durchblutungsstörungen, Angina pectoris und Lungenkrebs die häufigsten Behandlungsanlässe.

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

- Die absolute Zahl der *Rentenzugänge* wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin ist seit 1997 stark rückläufig, bei den 55- bis 65-Jährigen um mehr als zwei Drittel. Als Ursachen werden u. a. arbeitsmarktpolitische Gründe genannt. So wurden etwa in den höheren Altersgruppen seit dieser Zeit weniger Anträge auf Erwerbsminderung gestellt. Auch wurde bei bestehender Arbeitslosigkeit häufiger eine „vorgezogene“ Altersrente (mit entsprechenden Abzügen) in Anspruch genommen.
- Ende 2006 waren laut *Rentenbestand* 76 % aller 40.259 frühberenteten Berlinerinnen im Alter von 50- bis unter 65 Jahren, damit lag ihr Anteil über dem Bundesniveau (72 %). Demgegenüber lag der Anteil bei den insgesamt 35.784 frühberenteten Berliner Männern (71 %) etwas unter dem Bundesdurchschnitt (73 %).
- Die häufigsten *Ursachen* für eine Frühberentung in Berlin sind: chronische Erkrankungen, psychische und Verhaltensstörungen (vor allem Depressionen und psychische Belastungsstörungen) und Alkoholmissbrauch.
- In Berlin war fast jede 8. infolge von Erwerbsminderung neu berentete Person *ausländischer Herkunft*. Bezogen auf ältere Personen lag das Frühberentungsrisiko bei den 50- bis unter 60-jährigen Ausländerinnen (3.647 je 100.000) um 25 % höher als bei gleichaltrigen deutschen Frauen (2.181 je 100.000). Bei den über 60-jährigen Frauen lag es mehr als doppelt so hoch (Ausländerinnen: 582 / Deutsche 252 je 100.000). Bei den 50- bis unter 60-jährigen männlichen Ausländern lag das Frühberentungsrisiko 54 % über dem der gleichaltrigen deutschen Männer. Und auch bei den über 60-jährigen Männern lag es innerhalb der ausländischen Bevölkerung mehr als doppelt so hoch als in der deutschen.

Schwerbehinderung

- In Berlin sind etwa 9 % der Bevölkerung (308.765 Personen) im Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises (Stand 31.12.2005: Die Berliner Daten für 2007 entsprechen nicht der erforderlichen Qualität). Die *Schwerbehindertenrate* steigt mit dem *Alter* an, von den Berlinerinnen und Berlinern ab 50 Jahren war bereits jede fünfte Person (254.179 / 21 %) betroffen. Während die Rate bei den 50- bis unter 60-Jährigen noch bei 12 % lag, erreichte sie in der Altersgruppe 60 - unter 70 Jahre 21 % und bei den 70- bis unter 80-Jährigen galten 27 % als schwerbehindert. Die mit Abstand höchsten Prävalenzraten waren mit 38 % bei den 80- bis unter 90-jährigen Berlinerinnen und Berlinern zu verzeichnen.
- In der älteren Berliner Bevölkerung (50 Jahre und älter) gab es mehr schwerbehinderte *Frauen* (141.376) als *Männer* (112.803), die Prävalenzraten lagen jedoch fast auf gleichem Niveau (Frauen:

21 % / Männer: 20 %). Innerhalb der Altersgruppen sind hingegen (mit Ausnahme der 50- bis unter 60-Jährigen sowie der 90 Jahre und Älteren) höhere Prävalenzraten bei den Männern zu beobachten.

- Bei älteren Schwerbehinderten ist in den meisten Fällen eine Funktionseinschränkung der inneren Organe, hauptsächlich bezogen auf das Herz-Kreislaufsystem, der *Grund für die Anerkennung einer Schwerbehinderung*, der zweithäufigste Grund war bei beiden Geschlechtern eine Funktionseinschränkung des Rumpfes und der Wirbelsäule (Altersgruppe 65 Jahre und älter: Frauen 30 % bzw. 22 % / Männer 39 % bzw. 17 %). Infolge der zunehmenden Lebenserwartung hat sich die Zahl der anerkannten Schwerbehinderungen infolge zerebraler und geistiger Störungen seit Mitte der neunziger Jahre stark erhöht, 2005 standen derartige Krankheitsbilder bei über 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern an dritter Stelle der Gründe für die Anerkennung einer Schwerbehinderung. Der Anteil der Personen mit Mehrfachbehinderungen steigt mit zunehmendem Alter. Bei den über 65-jährigen Schwerbehinderten wiesen 62 % mehrere Behinderungen auf, damit lag Berlin weit über dem Bundesniveau (47%).

Pflegebedürftigkeit

- Im Dezember 2007 waren in Berlin 95.870 Menschen (66.670 weiblichen und 29.200 männlichen Geschlechts) - in der Mehrzahl über 65-jährig - von Pflegebedürftigkeit betroffen. Die Pflegebedürftigkeit steigt erwartungsgemäß mit zunehmendem Alter an. Während die *Pflegequote* (Anteil der Pflegebedürftigen an der Gesamtzahl der entsprechenden Bevölkerungsgruppe / synonym auch Pflegewahrscheinlichkeit) der 70- bis unter 75-jährigen Berliner und Berlinerinnen bei 6 % lag, war in der Altersgruppe der 80- bis unter 85-Jährigen bereits fast jede vierte Person (23 %) pflegebedürftig. Ab dem 86. Lebensjahr ist dann ein doppelt so hohes Risiko der Pflegebedürftigkeit zu beobachten: Etwa die Hälfte der in Berlin lebenden über 85-jährigen Menschen (48,7 % / 33.110 Personen) erhielt Leistungen aus der Pflegeversicherung.
- Seit 1999 ist eine Zunahme der Zahl pflegebedürftiger Menschen um fast 19 % zu beobachten (1999: 80.871 / 2007: 95.870). Den stärksten *Anstieg des Pflegerisikos* verzeichneten 60- bis unter 70-Jährige, deren absolute Zahl bei den Männern in dieser Zeit um 34 % (1999: 4.230 / 2007: 5.667 Fälle) und bei den Frauen um 38 % (1999: 4.444 / 2007: 6.137 Fälle) anstieg.
- Über die Hälfte der Ende 2007 in Berlin registrierten pflegebedürftigen Personen (50.358 Fälle bzw. 53 %) erhielten Leistungen nach Pflegestufe I. Leistungen nach Pflegestufe II erhielten insgesamt 32.888 in Berlin lebende Personen, das entsprach einem Anteil von 34 %. Als schwerstpflegebedürftig (*Pflegestufe III*) galten im Jahr 2007 insgesamt 8.714 Berlinerinnen und 3.747 Berliner. Demzufolge war etwa jede achte in Berlin lebende pflegebedürftige Person (13 % aller Pflegebedürftigen) auf eine intensive tägliche Pflege angewiesen. Mehr als die Hälfte der schwerstpflegebedürftigen Personen (6.531 bzw. 52 %) war älter als 80 Jahre.
- Nach wie vor werden fast drei Viertel (72 % bzw. 68.801 Personen) aller pflegebedürftigen Menschen in Berlin im häuslichen Milieu versorgt, das trifft auf Männer (22.858 bzw. 78 %) häufiger zu als auf Frauen (45.943 bzw. 69 %). Auch der Anteil derjenigen unter ihnen, die *Pflegegeld* erhielten (16.469 Männer, 29.469 Frauen) und also von Angehörigen gepflegt wurden, lag bei den Männern höher als bei den Frauen (56 bzw. 44 % aller männlichen bzw. weiblichen Pflegebedürftigen). Umgekehrt waren es anteilig mehr pflegebedürftige Frauen (25 %) als Männer (22 %), die *ambulante Pflegedienste* in Anspruch nahmen. 27.069 Berlinerinnen (20.727) und Berliner (6.342) - 28 % aller pflegebedürftigen Menschen in der Stadt (31 % bei den Frauen und 22 % bei den Männern) wurden im Jahr 2007 im *stationären Bereich* (Pflegeheime etc.) betreut.
- Die auf der Grundlage der Daten aus dem Jahr 2007 erfolgten Berechnungen der *Lebenserwartung unter Berücksichtigung von Pflegebedürftigkeit* für Berlin ergaben, dass der Anteil der verbleibenden Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit bei den Berliner Frauen unter dem der Männer lag. Berliner Männer, deren durchschnittliche Lebenserwartung im Jahr 2007 bei 77,5 Jahren lag, wären rund 2,1 Jahre bzw. mit einem Anteil von 2,7 % an ihrer Gesamtlebenserwartung von Pflegebedürftigkeit betroffen, während Berlinerinnen, deren durchschnittliche Lebenserwartung

82,6 Jahre betrug, im Durchschnitt gesehen mit 4,0 Jahren Pflegebedarf rechnen müssten; das entspräche immerhin 4,8 % der Gesamtlebenserwartung.

Ausgewählte spezifische Morbidität älterer Menschen in Berlin
(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 3.1.1.2, Seiten 137 - 145)

Meldepflichtige Infektionskrankheiten und bösartige Neubildungen

- Im Jahr 2007 wurden den Berliner Gesundheitsämtern 22.278 Personen aus Berlin (darunter 56,3 % Frauen) mit einer *meldepflichtigen Infektionskrankheit* gemeldet. Die Zahl der Meldungen, die über 65-jährige Personen betrafen, lag bei 8.169 und hatte einen Anteil von 37 % am Gesamtmeldeaufkommen. Von allen mit dem Norovirus infizierten Personen waren sogar fast zwei Drittel älter als 65 Jahre. Etwa jede zweite Meldung von Legionärskrankheit (schwere Form der Lungenentzündung) und bakterieller Vergiftung betraf eine über 65-jährige Person. Bezogen auf das Gesamtmeldeaufkommen bei über 65-Jährigen hatten infektiöse Magen-Darm-Erkrankungen einen Anteil von 98 %, 85 % allein durch Noroviren (6.830) verursacht.
- Die Neuerkrankungsrate von *Tuberkulose* ging in den letzten Jahren kontinuierlich zurück (im Jahr 2007 erkrankten 269 Personen). Eine Ausnahme bildeten über 65-jährige ausländische Berlinerinnen und Berliner, deren Neuerkrankungsrate sich im Zeitraum von 2002/2004 bis 2005/2007 um mehr als ein Viertel erhöhte (bei 65- bis unter 70- Jährigen um das Zweieinhalbfache). In der ausländischen Bevölkerung besteht ein höheres *Erkrankungsrisiko* als in der deutschen, vor allem Kinder und junge Erwachsene sind betroffen. Im Allgemeinen steigt das Tuberkuloseerkrankungsrisiko mit zunehmendem Alter an. Die höchsten Inzidenzraten hatten 75- bis unter 85-Jährige, gefolgt von den 65- bis unter 75-Jährigen. Zwei Drittel der an offener Lungentuberkulose gestorbenen Personen hatten das 65. Lebensjahr überschritten (2005/2007).
- Die Wahrscheinlichkeit, an einer *bösartigen Neubildung* zu erkranken, wächst mit zunehmendem Alter. Ab dem 55. Lebensjahr erkranken Männer häufiger an Krebs als Frauen (Männer: 661,8 / Frauen: 640,2 je 100.000 Personen), in der Altersgruppe der 50-bis unter 55- Jährigen ist dies noch anders (Männer: 372,2 / Frauen: 458,2 je 100.000 Personen). In der 70- bis unter 75-jährigen wie auch in der 80- bis unter 85-jährigen Berliner Bevölkerung lag die altersspezifische Erkrankungsrate der Männer bereits 75 % über der der gleichaltrigen Frauen. Die häufigsten Krebserkrankungen bei über 65-jährigen Frauen stellen Brustkrebs (23 %), Darmkrebs (18 %) und Lungenkrebs (11 %) dar. Bei den Männern dieser Altersgruppe machen Prostatakrebs (22 %), Lungenkrebs (19 %) und Darmkrebs (15 %) über die Hälfte aller bösartigen Neubildungen aus.

Unfälle und Verletzungen

- Die *Unfallsterblichkeit* der über 65-Jährigen liegt in Berlin weit unter dem Bundesniveau. Unter den im Jahr 2007 infolge von Unfällen Gestorbenen waren 230 Berliner und Berlinerinnen, die durch Stürze ums Leben kamen. Dabei hatten 60 % der Männer und 93 % der Frauen das 65. Lebensjahr überschritten. Über 85-Jährige haben das höchste Risiko an Stürzen und deren Folgekomplikationen ums Leben zu kommen.
- Nahezu jede zweite Person, die sich infolge von *Verletzungen und Vergiftungen* einer vollstationären *Krankenhausbehandlung* unterziehen musste, war älter als 60 Jahre. Mit 63 % lag der Anteil bei den Frauen mehr als doppelt so hoch als der bei den Männern (30 %). In den letzten Jahren wurden in Berlin pro Tag 800 Klinikbetten für die Behandlung von über 60-jährigen Berlinerinnen und Berlinern benötigt, die nach Unfällen, Verletzungen und Vergiftungen einer Krankenhausbehandlung bedurften.
- *Oberschenkelfrakturen* waren bei den älteren, insbesondere aber bei den hochbetagten Krankenhauspatientinnen und -patienten nach wie vor der häufigste Anlass eines unfallbedingten Krankenhausaufenthaltes. Der Anteil der wegen einer Oberschenkelhalsfraktur im Krankenhaus vollstationär behandelten und *während ihres Klinikaufenthaltes gestorbenen* über 60-jährigen Berlinerinnen und Berliner ist trotz optimaler Versorgung immer noch relativ hoch (2007: 5,6 %).

- Neben einem erhöhten Unfallrisiko in der Freizeit und im häuslichen Bereich haben ältere Menschen auch ein erhöhtes Gefährdungsrisiko im Straßenverkehr, insbesondere wenn sie als Fußgänger oder mit dem Fahrrad unterwegs sind. 2007 wurde in Berlin gegenüber 2006 eine Zunahme an *Verkehrsunfällen mit Beteiligung von Senioren und Seniorinnen* um knapp 13 % festgestellt. Auch bezogen auf die Bevölkerung ist seit 2000 wieder ein Anstieg des Unfallrisikos über 65-Jähriger zu beobachten (2006/2007: 238 Verunglückte je 100.000).

Lebenserwartung

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 3.1.2.1, Seiten 146 - 148)

- Die *durchschnittliche Lebenserwartung* ist in den letzten Jahren stetig angestiegen. In der Zeit von 2005 bis 2007 lag die durchschnittliche Lebenserwartung der weiblichen Neugeborenen in Berlin bei 82,2 und die der männlichen bei 77,1 Jahren. Seit Anfang der neunziger Jahre verzeichneten Berlinerinnen einen Zugewinn an Lebensjahren von etwa 4,8 Jahren. Männer profitierten mit einer Zunahme an durchschnittlicher Lebenszeit von über sechs Jahren deutlich mehr als Frauen von der Erhöhung der Lebenserwartung. Nach wie vor können Frauen aber gegenüber Männern mit einer um etwa fünf Jahre längeren Lebenszeit rechnen.

Auch die *fernere Lebenserwartung*, berechnet auf die jeweiligen Altersjahre, nahm kontinuierlich zu. In Berlin haben derzeit beispielsweise 60-jährige Frauen noch eine fernere Lebenserwartung von über 24,4 Jahren (Bundesdurchschnitt 24,6) vor sich, für gleichaltrige Männer wurden 20,7 (bundesweit: 20,8) Jahre errechnet. Hochbetagte Menschen (80 Jahre und älter) haben in Berlin sogar eine höher liegende fernere Lebenserwartung als deutschlandweit mit 9,1 Lebensjahren für Frauen und 7,8 Jahre für Männer (Deutschland: 8,9 bzw. 7,6 Jahre).

Mortalität

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 3.1.2.2, Seiten 148 - 157)

- Im Jahr 2007 starben 30.980 Personen aus Berlin, 16.731 weiblichen und 14.249 männlichen Geschlechts. 24.772 bzw. 80 % aller Gestorbenen (14.634 Frauen, 10.138 Männer) waren älter als 65 Jahre. Gegenüber 1991 ging die Alterssterblichkeit (Gestorbene im Alter von 65 Jahren und älter) der Berlinerinnen um 34 %, der Berliner Männer um 38 % zurück.

Nach wie vor haben Männer in fast allen Altersgruppen ein höher liegendes *Sterberisiko* als Frauen. Im jüngeren Erwachsenenalter, wie etwa bei den 20- bis unter 30-Jährigen, lagen die Sterberaten der Berliner, im Durchschnitt gesehen, fast dreimal so hoch wie die der Berlinerinnen. Aber auch bei den 30- bis unter 70-Jährigen hatten Männer je nach betrachteter Altersgruppe eine gegenüber gleichaltrigen Frauen durchschnittlich doppelt so hohe Sterbeziffer. Und auch danach lag bei den Männern bis um das 95. Lebensjahr herum das Sterberisiko noch um rund ein Drittel über dem der Frauen.

Bei der geschlechtsspezifischen Mortalität im höheren und hohen Erwachsenenalter war in den letzten zehn Jahren ein Rückgang der Raten der 60- bis unter 70-jährigen Berliner Frauen und Männer um rund 15 % zu beobachten und um jeweils etwa 17 % der Werte von 70- bis unter 80-Jährigen. Bei den hochbetagten Menschen profitierten Männer hingegen stärker als Frauen vom Rückgang des Sterberisikos (80- bis 94-Jährige: Männer -13 % / Frauen -8 %; 95 Jahre und älter: Männer -22 % / Frauen -9 %).

- Das *Todesursachenspektrum* wird bei über 65-Jährigen von wenigen Krankheitshauptgruppen dominiert. *Krankheiten des Kreislaufsystems* sind nach wie vor bei älteren Frauen und Männern Todesursache Nummer eins. In den Jahren 2006/2007 gingen 46 % der Sterbefälle von Berlinerinnen ab 65 Jahren zu Lasten einer Herz-Kreislaufkrankheit, bei den Berliner Männern waren es 38 %. Sterbefälle, die auf *bösartige Neubildungen* zurückzuführen sind, stehen bei Betrachtung des Todesursachengeschehens nach Hauptgruppen bei über 65-jährig Gestorbenen seit vielen Jahren an zweiter Stelle. Im Zeitraum 2006/2007 war etwa jeder fünfte Sterbefall von Berlinerinnen in dieser Altersgruppe krebbedingt, bei den Männern lag der Anteil mit 28 % acht Prozentpunkten über dem der Berlinerinnen.

Hinsichtlich einzelner Todesursachen und bezogen auf ausgewählte Altersgruppen kann festgestellt werden, dass bei den 60- bis unter 80-Jährigen noch solche Todesursachen die Rangliste anführen, die eng mit individuellen Gesundheitsverhaltensweisen (z. B. Rauchen und Lungenkrebs/Herzinfarkt) assoziiert sind. Bei den 60- bis unter 70-jährigen Berliner Frauen und Männern war beispielsweise eine *bösartige Neubildung der Lunge* in der Zeit von 2005/2007 die mit Abstand häufigste Todesursache. Und auch bei den 70- bis unter 80-jährigen Berlinerinnen und Berlinern belegte Lungenkrebs nach der *chronischen ischämischen Herzkrankheit* immer noch den zweiten Platz aller Todesursachen. Bei den sogenannten hochbetagten und langlebigen Menschen führen dann aber in aller Regel Krankheitsbilder (zu nennen wären hier in erster Linie die Herzinsuffizienz und die *chronische Durchblutungsstörung der Herzkranzgefäße*) die Liste der Todesursachen an, deren Ursachen auf altersbedingte und multifaktorielle Entstehungsmechanismen zurückzuführen sind.

- Laut amtlicher Todesursachenstatistik nahmen sich in der Zeit von 2005 bis 2007 388 Frauen und 881 Männer aus Berlin das Leben. Das Thema *Suizid* ist in allen Lebensphasen und - ausgenommen im Kindesalter - in allen Altersgruppen anzutreffen. Männer haben gegenüber Frauen ein etwa dreimal so hohes *Selbsttötungsrisiko*. Ältere Menschen sind besonders gefährdet. In Berlin lag der Anteil der über 65-jährigen Suizidenten im genannten Zeitraum bei 27,3 % (insgesamt 346 Fälle). Bundesweit wird mehr als jeder dritte Suizid (2005 bis 2007 lag der Anteil mit insgesamt 29.427 Selbsttötungen bei 34,8 %) von einem über 65 Jahre alten Menschen begangen. 38 der weiblichen Suizidenten in Berlin waren älter als 65 Jahre, das entsprach einem Anteil von 36 % aller Frauen, die sich in diesem Zeitraum umbrachten. Bei den Berliner Männern waren 208 bzw. 24 % der Suizidenten älter als 65 Jahre.

Nach wie vor lag das Suizidrisiko der über 65-jährigen Berlinerinnen immer noch, und zwar um etwa zehn Prozent, über dem Bundesdurchschnitt (2005/2007: 11,7 bzw. 10,8 Suizide je 100.000 Frauen). Bei den über 65-jährigen Berliner Männern lag das Selbsttötungsrisiko hingegen fast ein Fünftel unter dem des übrigen Bundesgebietes (30,0 bzw. 36,5 Suizide je 100.000 Männer). Im Bundesländervergleich hatten über 65-jährige Berliner Männer im Zeitraum von 2005 bis 2007 die viertniedrigste Suizidrate (die Werte reichen von 23,8 in Bremen bis 46,3 in Sachsen), während die der über 65-jährigen Berlinerinnen in den letzten Jahren noch im unteren Mittelfeld (an siebter Stelle) der Bundesländer rangierte (mit der niedrigsten Suizidrate von 6,1 in Sachsen-Anhalt und der höchsten von 17,4 je 100.000 in Bremen).

Gemessen an allen *Altersgruppen* und bezogen auf 100.000 der entsprechenden Bevölkerung wurden in Berlin die meisten Selbsttötungen von über 85-Jährigen verübt. Das war bei Frauen und Männern gleichermaßen der Fall. Das mit Abstand höchste Risiko hatten mit 65,4 Suiziden je 100.000 90- bis unter 95-jährige Berliner Senioren.

Tabellen

Kapitel 3 des Basisberichts enthält Daten zu allgemeiner Morbidität, zu Infektionskrankheiten, zu bösartigen Neubildungen und zu Straßenverkehrsunfällen. Die zu allgemeiner Morbidität zählende Krankenhausdiagnosestatistik ist gegliedert in die drei Bereiche allgemein, Krankheiten und Krankheitsgruppen sowie ältere Berlinerinnen und Berliner. In den Tabellen zur Pflegebedürftigkeit wurden die aktuellen Daten aus der Bundespflegestatistik aufbereitet. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 3.2.1 - 3.2.50 a (Seiten 158 - 257) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 76 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 52 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Die Tabellen zum Mortalitätsgeschehen mit Daten zu Gesamt-, vorzeitiger und Alterssterblichkeit, zu Todesursachen, Lebenserwartung, verlorenen Lebensjahren, vermeidbaren Todesfällen sowie Säuglings- und Perinatalsterblichkeit werden als Nachtrag zum Basisbericht 2008 im Internet zur Verfügung gestellt (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>). Die Tabellen setzen sich zusammen aus 62 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 21 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen (Kapitel 4 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält Informationen zu Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum, Ergebnisse einer Umfrage zum Sport- und Bewegungsverhalten der Berlinerinnen und Berlinern unter besonderer Berücksichtigung der Älteren und einen Beitrag zur Mitgliedschaft der älteren Berliner Bevölkerung in Sportvereinen. In den Tabellen sind Daten aus den Einschulungsuntersuchungen aufbereitet, die u. a. Bezüge zu den Themen Rauchen und Körpergewicht enthalten.

Schwerpunkte

Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen in der Berliner Bevölkerung - Epidemiologische Daten 2006 (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 4.1.1, Seiten 303 - 304)

- Von den im Suchtsurvey 2006¹, einer bundesweiten Repräsentativerhebung, in Berlin befragten 15- bis 64-Jährigen rauchten nach eigener Aussage 37 % der Männer und 32 % der Frauen. Der *Raucheranteil* der 50- bis 64-Jährigen lag unter dem Berliner Durchschnitt, in dieser Altersgruppe rauchte nur noch jeder dritte Mann und jede vierte Frau.
- *Alkoholkonsum* ist in der Allgemeinbevölkerung in Berlin weit verbreitet (bei fast 90 % der 15- bis 64-jährigen Befragten), die Mehrheit gab jedoch einen als risikoarm geltenden Konsum an. Alkoholmengen, die mit gesundheitlichem Risiko assoziiert sind, wurden am häufigsten bei den 50- bis 64-Jährigen konsumiert (20 % der Altersgruppe).
- Hochgerechnet auf die 15- bis 64-jährige Wohnbevölkerung in Berlin gibt es derzeit ca. 165.000 *Konsumenten illegaler Drogen* (11 % der Befragten). In der höchsten in die Befragung einbezogenen Altersgruppe (50- bis 64-Jährige) ist die Prävalenz des Konsums bei allen illegalen Drogen am niedrigsten.

Sport- und Bewegungsverhalten der Berlinerinnen und Berliner - Umfrage 2006² (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 4.1.2, Seiten 304 - 311)

- Die Berlinerinnen und Berliner ab dem Alter von 10 Jahren sind nach Angaben der 2006 durchgeführten repräsentativen Umfrage mehrheitlich (72 %) *sportlich aktiv*, wobei dem Sportbegriff ein weit gefasstes Spektrum an Sport- und Bewegungsaktivitäten zugrunde liegt. Lediglich etwas mehr als ein Viertel der Berliner Bevölkerung ist derzeit *sportabstinent*. Die Sportaktivität - am höchsten in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen von 10 - 18 Jahren (81 %) und in den drei folgenden Altersgruppen zwischen 19 und 65 Jahren (19 - 30 / 31 - 40 / 41 - 65 Jahre) immer noch über 70 % - fällt bei den über 65-Jährigen deutlich zurück auf 56 %.
- Die Aktivenquoten der *ausländischen* Männer und Frauen liegen niedriger als die Vergleichswerte für die Gesamtbevölkerung. Während das Aktivitätsniveau bei ausländischen Kindern und Jugendlichen fast auf gleicher Höhe liegt wie in der gleichaltrigen Gesamtbevölkerung, ist in der Altersgruppe der über 65-Jährigen die größte Differenz zu beobachten: der Anteil unter allen über 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern, die Sport treiben, liegt bei 56 %, in der ausländischen Bevölkerung ist diese Altersgruppe hingegen nicht einmal zur Hälfte sport- und bewegungsaktiv (48 %).
- Die insgesamt am häufigsten von Berlinerinnen und Berlinern genannten *Sportarten* - Radfahren, Schwimmen, Laufen/Joggen und Fitness - finden sich auch unter den ersten 10 der von über 65-Jährigen praktizierten Aktivitäten. Zu den weiteren in dieser Altersgruppe bevorzugten Sportaktivitäten gehören u. a. Gymnastik, Wandern, Spazierengehen und Nordic Walking.
- Der durchschnittliche *Zeitaufwand* für sportliche Betätigung liegt im Vergleich der Altersgruppen bei den über 65-Jährigen mit 3,5 Stunden pro Woche am niedrigsten. Was die *Häufigkeit* angeht,

¹ Kraus, L.; Rösner, S.; Baumeister, S. E. et al. (2008): Epidemiologischer Suchtsurvey 2006. Repräsentativerhebung zum Gebrauch und Missbrauch psychoaktiver Substanzen bei Jugendlichen und Erwachsenen in Berlin. IFT-Bericht 167. Institut für Therapieforschung, München.

² Senatsverwaltung für Inneres und Sport Berlin (Hrsg.) (2008): Sport in Berlin - Untersuchung zum Sportverhalten. Berliner Schriften zur Sportentwicklung, Heft 1. ISSN 1866-8828. PDF-Datei abrufbar unter <http://www.berlin.de/sen/sport/sportpolitik/umfrage.html>. Die Untersuchung erfolgte in Zusammenarbeit mit der Universität Osnabrück, Fachgebiet Sportwissenschaft, Prof. Dr. Christian Wopp und dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, Prof. Dr. Ulrike Rockmann.

stehen die Seniorinnen und Senioren jedoch mit durchschnittlich 3,6 wöchentlichen Sportterminen nicht an letzter, sondern gleichauf mit den 19- bis 30-Jährigen an dritter Stelle der Rangliste.

- Zu den vorrangigen *Sportwünschen* (eine Sportform ausprobieren oder künftig dauerhaft betreiben) der über 65-Jährigen gehören Wassergymnastik und Schwimmen, bevorzugte *Sportorte* sind die Natur und das eigene Zuhause. Zwei Drittel der Sportaktivitäten dieser Altersgruppe werden privat *organisiert*. Als Hauptgrund für *sportliche Inaktivität* wurde von den Älteren Krankheit genannt.

Mitgliedschaft älterer Berlinerinnen und Berliner in Sportvereinen

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 4.1.3, Seiten 311 - 314)

- Im Januar 2008 waren nach Ausweis der Statistik über als förderungswürdig anerkannte Sportorganisationen in Berlin 449.426 Personen als Mitglieder in einem Sportverein oder einer Betriebs-sportgemeinschaft (BSG) angemeldet, dabei lag der Anteil der über 51-jährigen Mitglieder bei knapp 28 %. Männer sind nach wie vor häufiger als Frauen Mitglied in einem Sportverein oder einer BSG: In der Altersgruppe der 51- bis 60-Jährigen lag die Rate der Männer in den letzten zwei Jahren um 53 %, bei den über 61-Jährigen ein Drittel über dem Niveau der gleichaltrigen Frauen. Von den insgesamt 20.320 in Sportvereinen registrierten *Ausländern* (17.535) und *Ausländerinnen* (2.785) waren nur 4,3 % im Alter von 51 und mehr Jahren.

Tabellen

Kapitel 4 des Basisberichts enthält Daten aus den Einschulungsuntersuchungen zum Rauchverhalten der Eltern und zum Body-Mass-Index der Kinder, aufgeschlüsselt nach sozialer Lage und Migrationshintergrund, außerdem zu weiteren gesundheitlichen und sozialen Indikatoren. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 4.2.1 - 4.2.3 (Seiten 315 - 317) des Basisberichts 2008; zwei der Tabellen beinhalten Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder.

Umweltbezogener Gesundheitsschutz und Verbraucherschutz im Gesundheitswesen (Kapitel 5 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält Informationen zu gesundheitsrelevanten Faktoren aus der Umwelt, zu Untersuchungsergebnissen aus dem Institut für Lebensmittel, Arzneimittel und Tierseuchen sowie zur Patientenbeauftragten für Berlin. Das Kapitel enthält keine Angaben zum Themenschwerpunkt ältere Menschen.

Schwerpunkte

Feinstäube in Innenräumen, Trinkwasser-Screeningprogramm und Lärmbelastungen

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 5.1.1 - 5.1.3, Seiten 319 - 328)

- Zu den Ergebnissen der in Berlin seit 1997/1998 durchgeführten Untersuchungen im Bereich „Exposition durch *Feinstaub in Innenräumen* und ihre gesundheitliche Bewertung“³ gehören z. B. folgende: Rauchen ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Feinpartikel(PM)-Gehalte in Innenräumen / Feinstaubbelastungen in Grundschulklassen sind deutlich höher als in Klassen weiterführender Schulen / in Gaststätten und vergleichbaren Einrichtungen ist ein drastischer Abfall der Feinstaubgehalte nach Einführung eines Rauchverbots zu beobachten. Aufgrund bislang noch unzureichender wissenschaftlicher Kenntnisse ist eine abschließende Risikobewertung von Feinstäuben in der Innenraumluft derzeit nicht möglich.
- Innerhalb des Screeningprogramms 2007 zur *Überwachung der Hausinstallationen, aus denen Trinkwasser für die Öffentlichkeit* bereitgestellt wird, wurden Zufallsstichproben von Stagnati-

³ Aufgrund eines Auftrags der Länderarbeitsgruppe Umweltbezogener Gesundheitsschutz (LAUG) wurden die in diesem Bereich erzielten Untersuchungsergebnisse der Länder Baden-Württemberg, Bayern, Berlin und Hamburg zusammengefasst und veröffentlicht in: Fromme, Hermann et al. (2007): Verhalten, Vorkommen und gesundheitliche Aspekte von Feinstäuben in Innenräumen. Schriftenreihe Materialien zur Umweltmedizin, Band 17. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit, Erlangen.

ons- und Ablaufwasser in Sportstätten zur Bestimmung der Parameter Blei, Kupfer und Nickel entnommen. In acht der insgesamt 104 untersuchten Sporteinrichtungen wurde zumindest an einer Probenstelle eine erhöhte Konzentration für einen der vorgenannten Parameter festgestellt. Im Rahmen der Ursachenermittlung wurden durch die Gesundheitsämter parameterbezogene Bewertungen vorgenommen und entsprechende Maßnahmen veranlasst.

- Zu den Maßnahmen zum Schutz vor *gesundheitsschädlichen Lärmmissionen* gehörten in Berlin u. a. die Erfassung der Belastung durch Verkehrslärm (Hauptverursacher des Umweltlärms ist der Kraftfahrzeugverkehr, der am Tage die Gesundheit von über 8 % und in der Nacht sogar mehr als 10 % der Berliner Bevölkerung gefährdet) und die Aufstellung eines sich daraus ergebenden Aktionsplans zur Lärminderung (zwingender Handlungsbedarf vor allem zur Verbesserung der Nachtruhe).
- Aktuelle Daten der Techniker Krankenkasse deuten auf einen Anstieg musiklärmbedingter Hörschäden unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen hin. Zu den seit 1999 durchgeführten Initiativen zur Förderung verantwortlichen *Umgangs mit der Lautstärke von Musik* gehörte ein 2006 von der Senatsgesundheitsverwaltung und der Techniker Krankenkasse angebotenes Fortbildungsseminar für Diskjockeys und eine auf Bundesebene mit dem Bundesverband deutscher Diskotheken und Tanzbetriebe e.V. getroffene Vereinbarung freiwilliger Maßnahmen zum Gesundheitsschutz der Diskothekenbesucherinnen und -besucher. Die 2007 zur Evaluierung durchgeführte Befragung von Diskothekenbetreibern ergab, dass die Maßnahmen in Berlin noch nicht ausreichend umgesetzt wurden. Um die Eigenverantwortung der Beteiligten zu unterstützen, verleiht das Landesamt für Gesundheit und Soziales seit 2008 das Qualitätssiegel „Freiwillig kontrollierte Lautstärke“ auf Antrag an Diskotheken und Musikclubs, mit dem die Verpflichtung zu festgelegten Lärmschutzmaßnahmen verbunden ist. Eine 2008 begonnene Aufklärungskampagne des Landesamtes über die Folgen des Konsums überlauter Musik wendet sich nicht nur an Diskothekenbetreiber, Diskjockeys und Gäste, sondern darüber hinaus auch an Kinder und Jugendliche, Eltern, Erzieher/innen und Lehrer/innen, um durch Motivation zu verantwortlichem Handeln Hörschäden zu vermeiden.

Lebensmittel- und Arzneimitteluntersuchungen, Tierseuchendiagnostik, Arbeitsschutz und Patientenbeauftragte für Berlin (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 5.1.4 - 5.1.8, Seiten 329 - 339)

- Von den im Rahmen der Lebensmittelüberwachung 2007 untersuchten 18.975 Proben gab fast jede fünfte (19,5 %) Anlass zu Beanstandungen (2006: 17,2 %). Auch wenn die Beanstandungsgründe überwiegend nicht von gesundheitlicher Bedeutung waren, sondern im Bereich des laueren Wettbewerbs (größtenteils Verstöße gegen Kennzeichnungsvorschriften u. ä.) lagen, musste dennoch eine beträchtliche Anzahl von Lebensmittelproben als gesundheitsschädlich, gesundheitsgefährdend oder als nicht zum Verzehr geeignet beurteilt werden (das betraf etwa 9 % der Beanstandungen von Lebensmittelproben). Neben Lebensmitteln, die in Verdacht standen, Vergiftungen verursacht zu haben, wurden Produkte auf bestimmte Schadstoffe wie Rückstände von Pflanzenschutzmitteln, Tierarzneimitteln und pharmakologisch wirksamen Stoffen untersucht, außerdem auf Allergene (nebst Überprüfung der Einhaltung der Kennzeichnungspflicht für allergene Zutaten), nicht zulässige Behandlung wie mit ionisierenden Strahlen und Kohlenmonoxid, auf gentechnisch veränderte Organismen, auf den gesundheitsschädlichen Gehalt von Stoffen wie Aluminium, Nitrat/Nitrit, Benzol u. v. m.
- Bei den 2007 im Rahmen der *Arzneimittelüberwachung* untersuchten Berliner Proben (473 / insgesamt: 838) handelte es sich überwiegend um Fertigarzneimittel pharmazeutischer Hersteller. Einbezogen wurden Ende 2007 alle Krankenhausapotheken; die hier „auf Vorrat“ hergestellten Arzneimittel sind laut Arzneimittelgesetz den Fertigarzneimitteln zuzuordnen. Die Beanstandungsgründe betrafen im Wesentlichen die Kennzeichnung/Packungsbeilage und fehlende Zulassung oder Registrierung. Bei Verwendung nicht zugelassener Produkte aus dem nach wie vor großen Angebot illegaler Arzneimittel mit Inhaltsstoffen ohne Wirksamkeitsnachweis besteht ein hohes gesundheitliches Risiko.

- Die im Rahmen der Überwachung vorgenommenen veterinärmedizinischen und *tierseuchendiagnostischen Untersuchungen* ergaben u. a. eine Bestätigung der Tollwutfreiheit in Berlin und die weitere Bedrohung der Bienenvölker der Berliner Imker durch die sog. „böartige Faulbrut“.
- Mit der vom Senat im November 2004 ins Amt berufenen *Patientenbeauftragten* ist Berlin nach wie vor das einzige Bundesland, das ein Amt „Patientenbeauftragte“ eingerichtet hat. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit steht die Stärkung von Patienteninteressen in Berlin durch Dialog und fachpolitische Beratung. Zu ihren Aufgaben gehört u. a. die Dokumentation und Auswertung von Beschwerden, um die Erfahrungskompetenz von Nutzern und Nutzerinnen des Gesundheitswesens für eine Verbesserung der Versorgung verfügbar zu machen. Dieses Vorhaben wird zum Beispiel in der Arbeitsgruppe zur gerontopsychiatrischen-geriatrischen Versorgung in Berlin umgesetzt. Dort treffen sich unter der Federführung der Patientenbeauftragten Mitarbeiter aus verschiedenen Einrichtungen und Diensten, die mit der Versorgung und Beratung älterer Menschen zu tun haben, zum interdisziplinären Austausch. Ein zweites Beispiel ist eine Umfrage zur Arbeit der Patientenfürsprecherinnen und -fürsprecher in den Berliner Kliniken. Die Antworten sind inzwischen ausgewertet, die Ergebnisse stehen zur Diskussion.

Ein besonderes Augenmerk ist - angesichts der politisch gewollten Umstrukturierungen in Richtung Markt und Wettbewerb im Gesundheitsbereich - darauf gerichtet, Patientinnen und Patienten in ihrer Rolle als souveräne Partnerinnen und Partner zu stärken. Das 2008 von der Patientenbeauftragten für Berlin, der Berlin School of Public Health und Gesundheit Berlin gegründete PatientenForum Berlin hat sich zum Ziel gesetzt, die Patientenorientierung im Gesundheitswesen zu fördern und durch Informations-, Diskussions- und Qualifizierungsangebote eine aktive Beteiligung von Patientinnen und Patienten in Berlin zu ermöglichen. Ergänzend dazu findet im Juni 2009 eine Fachtagung zum Thema „Patienten - Informationen - Rechte“ - Politische Herausforderungen zum Umgang mit Patienteninformationen statt.

Tabellen

Kapitel 5 des Basisberichts enthält Datenmaterial zum Ausmaß von potentiell gesundheitsschädlichen Stoffen in der Außenluft, im Trinkwasser und in Badegewässern, zur Verkehrslärmexposition der Berliner Bevölkerung und zu Ergebnissen der Lebensmittelüberwachung. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 5.2.1 - 5.2.16 (Seiten 340 - 357) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 11 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren fünf Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Einrichtungen des Gesundheitswesens (Kapitel 6 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält Informationen zu ambulanten und stationären gesundheitlichen Versorgungsangeboten in Berlin. Die Bevölkerungsgruppe der älteren Berlinerinnen und Berliner fand Berücksichtigung in den Beiträgen zu besonderen Vergiftungsrisiken und Vergiftungsumständen im höheren Lebensalter, zur geriatrischen Versorgung im Krankenhaus und zur Inanspruchnahme des Berliner Krisendienstes durch ältere Menschen. In den Tabellen sind (standardmäßig) die Bettenkapazität geriatrischer Krankenhausabteilungen und das Platzangebot für ältere Menschen in Pflegeeinrichtungen ausgewiesen.

Schwerpunkte

Ambulante ärztliche, psychotherapeutische und zahnärztliche Versorgung

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 6.1.1, Seiten 359 - 362)

- Die *ambulante ärztliche Versorgung* der gesetzlich Versicherten wurde am 01.01.2008 durch 6.871 Ärztinnen und Ärzte sichergestellt, darunter waren 5.839 mit eigenem Kassensitz niedergelassene und 835 angestellte. Außerdem waren 1.633 Psychologische/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/-psychotherapeutinnen an der *ambulanten vertragspsychotherapeutischen Versorgung* beteiligt.

Die im geänderten Vertragsarztrecht festgelegten vielfältigeren Möglichkeiten der Berufsausübung fanden vor allem bei Anstellungen und in der Tendenz zu größeren Kooperationsformen ihren Niederschlag. Als besonders attraktiv erwiesen sich die *Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)*, das sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärztinnen/Ärzte und Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten als Angestellte oder freiberuflich fachübergreifend tätig sind. Am 01.03.2008 gab es 108 MVZs mit 412 angestellten Ärztinnen und Ärzten und 143 mit eigenem Kassensitz.

Alle der *Bedarfsplanung* unterliegenden Fachgruppen sind mit Ausnahme der ärztlichen Psychotherapeuten für weitere Niederlassungen gesperrt, d. h. für die von der Zulassungssperre betroffenen Fachgruppen kann die Zahl der Kassensitze nicht steigen. Gleichzeitig ist der Trend erkennbar, dass die MVZ durch den Ankauf von Arztsitzen eine Konzentrationswirkung auf die Berliner Innenstadtbezirke ausüben.

Am 01.04.2007 sind entsprechend dem „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ Zulassungsbegrenzungen im *vertragszahnärztlichen Bereich* entfallen. Weitere rechtliche Neuerungen erstrecken sich vor allem auf die Möglichkeiten zur Anstellung von Zahnärzten/Zahnärztinnen, zur Errichtung von Zweigpraxen und zur Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften. Die Änderungen äußerten sich gegenüber dem Vorjahr in rückläufigen Zahlen bei den zugelassenen Zahnärzten (2007: 3.065 / 2006: 3.127 jeweils am 31.12.) und gleichzeitig höheren zahnärztlichen und kieferorthopädischen (2008: 116,7 % bzw. 98,2 % / 2007: 116,0 % bzw. 81,3 % jeweils am 01.01.) Versorgungsgraden.

Besondere Vergiftungsrisiken und Vergiftungsumstände im höheren Lebensalter (Giftnotruf Berlin) (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 6.1.2, Seiten 362 - 366)

- Mit der Zahl von 39.917 *Anfragen an den Giftnotruf Berlin* im Jahr 2007 nahm das Beratungsvolumen gegenüber den vergangenen Jahren (2004 - 2006: 35.217 / 35.669 / 37.705) weiter deutlich zu, damit wurde seine Position als niedrigschwelliges, überregional genutztes Informationsangebot für die Bevölkerung bestätigt.
- *Art und Möglichkeit einer Vergiftung* sind vom Lebensalter abhängig. Ein wenig beachtetes Problem stellen die besonderen Vergiftungsrisiken älterer Menschen dar. In Bezug auf ihren Bevölkerungsanteil (25 %) sind *ab 60-Jährige* bei den diese Altersgruppen betreffenden Anfragen an den Giftnotruf mit einem Anteil von 3,6 % zwar unterrepräsentiert, es ist jedoch seit Jahren ein Anstieg zu beobachten.
- Ein häufiges Gefährdungspotenzial bei älteren Menschen erwächst aus dem verbreiteten *Einsatz von Schlaf- und Beruhigungsmitteln* mit typischen Nebenwirkungen wie Gangunsicherheit, Gleichgewichtsstörungen und Muskelschwäche. *Suizidale Vergiftungen* werden wie in den anderen Altersgruppen am häufigsten mit Medikamenten (93 % aller Suizidversuche im Alter) vorgenommen.
- Eine Untersuchung zum *Einfluss des Alters auf die Vergiftungsumstände* ergab, dass chronische Effekte die höchste Relevanz bei Vergiftungsursachen älterer Menschen (60 Jahre und älter) haben, gefolgt von ärztlichen Behandlungsfehlern, verwechelter Medizin, Fehldosierung und unerwünschter Arzneimittelwirkung. Als weiterer wesentlicher Unterschied zwischen jüngeren und älteren vergifteten Patientinnen und Patienten besteht im höheren Lebensalter - die Prognose bzw. die prospektive Einschätzung des *gesundheitlichen Risikos einer akuten Vergiftung* betreffend - ein gesteigertes Risiko, eine als „schwer“ eingeschätzte Vergiftung zu erleiden.

Weitere ausgewählte Institute des Berliner Betriebs für Zentrale Gesundheitliche Aufgaben, Gerichtsmedizin und Krebsregister (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 6.1.3 - 6.1.6, Seiten 366 - 375)

- Im Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum Embryonaltoxikologie wird ein ständig steigender Beratungsbedarf zur Medikamentenexposition während Schwangerschaft und Stillzeit registriert mit bis zu 90 am Tag bearbeiteten Fragestellungen im Jahr 2007, in 90 % der Fälle zu Arzneimitteln. Etwa 16 % der Anfragen kommen aus Berlin. Im Rahmen eines Pharmakovigilanz-Projektes werden Falldokumentationen - 2007 waren es über 3.000 mit ca. 10.000 relevanten Arzneimittelanwendungen - aus den Beratungsdaten gewonnen mit dem Ziel, unerwünschte Arzneimittelwirkungen aufzudecken und die Arzneimittelsicherheit in Schwangerschaft und Stillzeit zu verbessern.

- Das *Institut für Tropenmedizin* registriert eine zunehmende Inanspruchnahme der Angebote der Tropenmedizinischen Ambulanz (8.969 tropenmedizinische Konsultationen) sowie steigende Besucherzahlen in der Reisemedizinischen Ambulanz (381.980 Impfungen bei 27.125 Personen). Von 1.493 in der Tollwutsperrstunde des Landes Berlin durchgeführten Erstberatungen war in etwa 10 % der Fälle eine postexpositionelle Tollwutbehandlung erforderlich.
- Durch die gemeinsame Leitung des *Landesinstituts für gerichtliche und soziale Medizin* und des Instituts für Rechtsmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin sowie der örtlichen Konzentrierung der rechtsmedizinischen Kapazitäten auf dem Gelände des Gesundheitszentrums Moabit wird eine Reihe von Synergieeffekten angestrebt.
- Eine Hauptaufgabe des *Gemeinsamen Krebsregisters der Länder Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und der Freistaaten Sachsen und Thüringen (GKR)* ist die Bereitstellung von Krebsdaten für die Forschung und für die Bewertung von präventiven und kurativen Maßnahmen. So wird z. B. die Evaluierung des gesetzlichen Mammografiescreenings durch Datenabgleich mit dem GKR durchgeführt. Durch die 2004 eingeführte Meldepflicht konnte eine Verbesserung der Meldeaktivitäten erreicht werden, die *Vollständigkeit der Krebsregistrierung* lag 2005 in Berlin bei 77 %; mit den dem Register nur per Leichenschauschein bekannt gewordenen Fällen (DCO-Fälle: Death Certificate Only) wurde eine Vollständigkeit von 90 % erzielt. Um uneingeschränkt valide Aussagen zur Krebsinzidenz in Berlin machen zu können, ist das GKR bestrebt, den Anteil der DCO-Fälle am Gesamtmeldeaufkommen auf höchstens 10 % zu reduzieren.

Stationäre medizinische Versorgung, pflegerische Versorgung und Hospizangebote
(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 6.1.7 und 6.1.8, Seiten 375 - 381)

- Ende 2007 wurden im Land Berlin 82 *Krankenhäuser* mit insgesamt 21.872 *Betten* (darunter 18.268 im somatischen Bereich) betrieben. Das entspricht einem Versorgungsangebot von 6,52 Betten je 1.000 Einwohner. Die Zahl der in den Krankenhausplan aufgenommenen Betten wurde im Jahr 2007 um 167 von 20.932 auf 20.765 Betten reduziert. Davon werden die meisten von freigemeinnützigen Trägern (42 %) angeboten, die Anteile der Betten in öffentlicher und universitärer Trägerschaft betragen 28 % bzw. 16 %, der privat betriebenen 14 %. Diese Trägeranteile bestehen in der Berliner Krankenhauslandschaft weitgehend unverändert seit 2001.
- Der Aufbau der *stationär-geriatrischen Versorgung* begann 1996, als die berlinspezifischen Chroniker-Angebote grundlegend neu sortiert wurden in geriatrische Krankenhausabteilungen und stationäre Pflegeeinrichtungen. Nach der nunmehr abgeschlossenen Etablierungsphase der Klinischen Geriatrie wird von folgenden Annahmen ausgegangen: die Finanzierung der Leistungen im Fallpauschalensystem (diagnosis related groups - DRG) ist adäquat abgebildet / mit einem weiteren Rückgang der Liegezeiten (2007 durchschnittlich 17,6 Tage / 2006: 17,5 Tage) ist vorerst nicht zu rechnen / die Bettenauslastung (2007: 95,1 % / 2006: 92,5 %) ist gleichbleibend hoch / die Fallzahlen steigen kontinuierlich (2007: 22 Tsd. / 2006: 21 Tsd.). (die für 2007 angegebenen Werte beziehen sich auf die Fachabteilung Geriatrie). Auf dieser Grundlage können zukünftig krankenhauplanerische Entscheidungen zur Weiterentwicklung des geriatrischen Fachgebiets getroffen werden.
- Die *ambulante pflegerische Versorgung* der Berliner Bevölkerung wurde im April 2008 von 462 Pflegediensten sichergestellt. Weitere Versorgungsangebote gab es zum Stichtag 01.01.2008 in der *teilstationären* (1.043 Plätze in 60 Tagespflegeeinrichtungen) und in der *vollstationären Pflege* (514 Plätze in 31 Kurzzeitpflegeeinrichtungen und 31.568 Plätze in 286 Langzeitpflegeeinrichtungen). Laut Bundespflegestatistik 2007 wurden sowohl die ambulanten als auch die (teil-)stationären Leistungen zu über 90 % von Menschen im Alter von 60 Jahren und älter in Anspruch genommen. Die beiden Altersgruppen 60 - 79 Jahre und 80 Jahre und älter waren bei den Pflegegeldempfängerinnen und -empfängern mit jeweils 39 % gleich und in der teilstationären Pflege mit 48 bzw. 44 % annähernd gleich stark vertreten. Bei den anderen Leistungsarten überwogen die 80 Jahre und älteren Pflegebedürftigen (ambulante Dienste: 35 bzw. 56 % / Kurzzeitpflege: 33 bzw. 64 % / Langzeitpflege: 26 bzw. 69 %).

- Die *Hospizversorgung* wird in Berlin durch ambulante ehrenamtliche Hospizdienste und 9 stationäre Hospize mit 129 Plätzen getragen. Im gesamten Hospizbereich sind ca. 1.000 Menschen ehrenamtlich im Einsatz.
- Seit 2007 haben Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung einen Anspruch auf eine spezialisierte ambulante *Palliativversorgung*. Aufgrund des bereits bestehenden Home Care-Projekts ist in Berlin keine Entwicklung grundlegend neuer Versorgungsstrukturen erforderlich.

Versorgung psychisch kranker Menschen

(vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 6.1.9, Seiten 382 - 386)

- Im *Berliner Krisendienst (BKD)*, einem 1999 eingerichteten bedeutenden Baustein der außerstationären psychiatrischen Versorgung der Berliner und Berlinerinnen, wird eine wachsende Inanspruchnahme beobachtet (2006 und 2007: 48.669 bzw. 49.360 Kontakte). Sein Angebot wird von älteren Menschen jedoch eher selten genutzt, über 60-Jährige nehmen ca. 8 - 10 % der Klientenkontakte des BKD ein. Mit einem etwas höheren Anteil ist diese Altersgruppe an den suizidal gefährdeten Nutzern und Nutzerinnen des BKD vertreten. In der Gruppe der älteren Menschen sterben überproportional viele durch Suizid, im Jahr 2007 sind über ein Drittel (37,4 %) aller Suizide in Berlin von über 60-Jährigen begangen worden. Dies zeigt die dringende Notwendigkeit auf, die Ansprache des BKD für alte Menschen in Lebenskrisen weiter zu verbessern, was durch vielfältige Aktionen auf verschiedenen Ebenen erreicht werden soll.
- Die Notwendigkeit zur *Kooperation der beiden Hilfesysteme Kinder- und Jugendpsychiatrie und Kinder- und Jugendhilfe* wurde seit der Erweiterung des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (SGB VIII) um Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche (§ 35 a) und aktuell um den Kinderschutz (§ 8 a) gesetzlich verankert. Zur Umsetzung der für ganzheitliche und gemeinsame Fallverantwortung sowie abgestimmtes und zeitgleiches Handeln in den relevanten Hilfesystemen Kinder- und Jugendpsychiatrie, Jugendhilfe und Schule erarbeiteten Handlungsempfehlungen wurde ein Modellprojekt in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregion Südwest etabliert (2005 - 2008). Die entwickelten Instrumente und die positiven Erfahrungen bieten eine gute Grundlage für eine effektive Gestaltung von Kooperationen auch in den fünf anderen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Versorgungsregionen.
- In der Bestandsaufnahme zur *Versorgungssituation psychisch kranker, gewaltbetroffener Frauen*, durchgeführt 2005 und 2006 im psychiatrischen Hilfesystem und bei Anti-Gewalt-Einrichtungen, sowie auf einer zum Thema einberufenen Fachtagung 2007 wurden bestehende Lücken und Defizite benannt und Verbesserungsvorschläge entwickelt, die sich den vier Bereichen Information, Kooperation, Vernetzung / Wohn- bzw. Unterbringungsmöglichkeiten / Unterstützungsmöglichkeiten für Frauen mit Migrationshintergrund / ambulante Therapie- und Behandlungsmöglichkeiten zuordnen lassen. Auf dieser Grundlage wurden erste Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Hilfen getroffen, deren Erfolg auf einer zweiten Fachtagung im Oktober 2008 überprüft wurde.

Tabellen

Kapitel 6 des Basisberichts enthält Daten zu ärztlichen, psychotherapeutischen und zahnärztlichen Praxen und sonstigen medizinischen Einrichtungen, zu Kapazitäten in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen sowie zum Bestand an Apotheken. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 6.2.1 - 6.2.25 (Seiten 387 - 408) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 20 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren fünf Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung (Kapitel 7 des Basisberichts 2008)

Das Themenfeld enthält Informationen zu bezirklichen Angeboten der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen, zur Berliner Sportförderung, zu Suchtprävention und Nichtraucherschutz,

zum Integrierten Gesundheitsvertrag sowie zur Inanspruchnahme vertragsärztlicher/-psychotherapeutischer Versorgung und des Drogenhilfesystems. Die Tabellen enthalten Daten zu Inanspruchnahme/Leistungen der Prävention, Gesundheitsförderung, Früherkennung von Krankheiten sowie der ambulanten und (teil-)stationären Versorgung. Höhere Altersgruppen werden nicht abgebildet, da es sich bei der Mehrzahl der Tabellen um Belange von Kindern, Jugendlichen oder Frauen zwischen 15 und 45 Jahren handelt, eine Differenzierung nach Alter nicht vorliegt (Vorsorgeuntersuchungen) oder für den Indikator nicht von entscheidender Bedeutung ist (Leistungen und Auslastung ambulanter und stationärer Versorgungskapazitäten).

Schwerpunkte

Bezirkliche Angebote der Gesundheitsförderung und Prävention für ältere Menschen - Beispiele aus zwei Berliner Bezirken (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 7.1.1, Seiten 409 - 424)

- Mit den 2006 erarbeiteten Leitlinien der *Seniorenpolitik im Bezirk Mitte* soll dem häufig defizitorientierten Altersbild entgegengewirkt und die Einsicht in die Notwendigkeit, Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen, gestärkt werden, auch und gerade in sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Eine besondere Zielgruppe, die zukünftig stärker in das Blickfeld gesundheitsfördernder Angebote einzubeziehen ist, ist die wachsende Gruppe älterer Migranten und Migrantinnen, da sie Gesundheits- und Präventionsangeboten gegenüber einerseits weniger aufgeschlossen sind, andererseits aber höhere gesundheitliche Risikofaktoren auf sich vereinigen. Durch bessere Kommunikation zwischen den Anbietern und gezielte Informationen für die Angebots- wie für die Nachfrageseite soll eine weitreichende Nutzung stadtteilbezogener, bedarfsorientierter Angebote gesundheitsfördernder Maßnahmen für ältere Menschen erreicht werden. Es gibt im Bezirk Mitte bereits ein breites Spektrum von Anlaufstellen für zuverlässige Zuweisung der Ratsuchenden zu geeigneten Angeboten, verschiedenste Veranstaltungen zur Information der Öffentlichkeit, speziell für ältere Menschen konzipierte Angebote, um ihnen die Inanspruchnahme zu erleichtern, sowie verbindliche Kooperations- und Kommunikationsstrukturen für eine individuelle Hilfeplanung.
- Als Grundlage und Maßgabe für das Handeln der Beteiligten wurden im *Bezirk Marzahn-Hellersdorf Leitlinien der Altenplanung 2007 - 2011* festgelegt, die als Vermittlungsinstanz zwischen Interessen und Bedürfnissen der Älteren, ihren Lebenslagen und Lebensführungsmustern einerseits und den sozialen Dienstleistungen andererseits verstanden wird. Zur Umsetzung der Altenplanung, die als Aufgabe des Bezirks allen Ressorts im Bezirksamt gleichermaßen obliegt, wurde das Netzwerk im Alter konzipiert, das auf der fachpolitischen Ebene aus dem „Beirat zur Umsetzung der Altenplanung“ und auf der fachlichen Ebene aus den Interessenverbänden „Wohnen im Alter“, „Aktiv im Alter“ und „Gesund im Alter“ sowie der Interessengemeinschaft „Arbeit bis ins Alter“ (derzeit im Aufbau) besteht. Der Beirat stellt die Schnittstelle zur kommunalpolitischen Ebene dar, er koordiniert die Arbeit der Verbände und begleitet, lenkt und kontrolliert die Umsetzung der Altenplanung im Bezirk. Die Koordinatorin der Altenhilfe sichert die organisatorische Unterstützung und Begleitung des gesamten Netzwerks. Mit der von der Altenhilfekoordination geleisteten Vernetzung und Abstimmung von Angeboten und Projekten öffentlicher, gemeinnütziger und privater Träger soll eine möglichst umfassende und flächendeckende Versorgung älterer Bürger und Bürgerinnen in allen relevanten Bereichen erreicht werden.

Sportförderung, Suchtprävention, Nichtraucherschutz und Integrierter Gesundheitsvertrag (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 7.1.2 - 7.1.4, Seiten 424 - 429)

- Im Rahmen der *Sportförderung* Berlin soll den Bedürfnissen älterer Menschen durch gezielte Förderung zur Steigerung des Aktivenanteils der Älteren, durch altengerechte Gestaltung von Sporträumen oder durch Förderung gemeinsamen Spottreibens und Verbesserung der Aufenthaltsqualität in Räumen von Sportanlagen zur Vorbeugung sozialer Vereinsamung Rechnung getragen werden.
- Die *Suchtprävention* im Land Berlin verfolgt auf der Grundlage der am 01.08.2006 vom Senat verabschiedeten Leitlinien für Suchtprävention folgende Ziele: bei Kindern Abstinenz im Hinblick

auf jegliche Suchtmittel / bei Jugendlichen die Abstinenz von illegalen Drogen und die Entwicklung einer kritischen, reflektierten Haltung gegenüber anderen Suchtmitteln / bei Jugendlichen oder Erwachsenen mit bereits riskantem Suchtmittelkonsum rechtzeitige Intervention, um die Verfestigung dieses Verhaltens zu verhindern, ihren Suchtmittelkonsum zu reduzieren und „Drogenkarrieren rechtzeitig zu stoppen. Die Ziele sollen mit Hilfe der Fachstelle für Suchtprävention durch gruppenspezifische Angebote und Vernetzung suchtpreventiver Ressourcen erreicht werden. Im Zusammenhang mit dem aktuellen Anliegen der Berliner Suchtprävention, unter Jugendlichen und jungen Erwachsenen den verantwortungsvollen Umgang mit alkoholhaltigen Getränken zu fördern, wurden verschiedene Maßnahmen und Projekte entwickelt.

- Das Landesprogramm „Berlin qualmfrei“ wurde nach dreijähriger Aufbauphase der Fachstelle für Suchtprävention übertragen. Im Berliner *Nichtraucherschutzgesetz* (in Kraft getreten am 01.01.2008) wurden umfassende Rauchverbote festgelegt.
- Am 20.12.2005 wurde der *Integrierte Gesundheitsvertrag* (IGV) zwischen dem Land Berlin und dem Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverband (DPW) als öffentlich-rechtlicher Treuhändervertrag mit einer Laufzeit von 5 Jahren abgeschlossen (01.01.2006 - 31.12.2010). Ziele des Vertrages sind die Finanzierung und Weiterentwicklung von überbezirklichen Projekten der Gesundheitsförderung, Prävention und gesundheitlichen Versorgung in Berlin auf den drei Handlungsfeldern „Chronische Erkrankungen und besondere gesundheitliche Bedarfslagen“, „HIV/Aids, Sexuell übertragbare Erkrankungen und Hepatitiden“ und „Verbundsystem Drogen und Sucht“, die zuvor in jeweils einzelnen Verträgen bezuschusst wurden. Das Finanzvolumen beträgt jährlich etwa 11,178 Mio. EUR.

Im Rahmen des sog. *LIGA-Vertrages „Soziales“* (Vertrag zwischen der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales und der LIGA der Spitzenverbände der freien Wohlfahrtspflege) wurden 2006 in Berlin die 12 Koordinierungsstellen Rund ums Alter mit einer jährlichen Zuwendungssumme von rd. 1,616 Mio. EUR gefördert.

Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung und des Drogenhilfesystems (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 7.1.5 und 7.1.6, Seiten 429 - 431)

- Während die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen des *Gesundheits-Check-up* in den letzten Jahren deutliche Steigerungsraten aufwies (2007: 52 % der gesetzlich Krankenversicherten), blieb die Beteiligung an *Krebsfrüherkennungsuntersuchungen* bei den männlichen GKV-Versicherten weitgehend unverändert auf niedrigem Niveau und war bei den Frauen sogar rückläufig (2007: 23 % bzw. 55 %).
Die seit Einführung der Praxisgebühr zum 01.01.2004 drastisch gesunkenen ambulanten ärztlichen *Behandlungsfälle* haben nach wie vor nicht wieder das Niveau von 2003 erreicht. In der psychotherapeutischen Versorgung war dagegen ein kontinuierlicher Anstieg der Behandlungsfälle zu beobachten.
- In den letzten Jahren wurde die Umstrukturierung der *ambulanten Drogenhilfe* zu sechs Regionalen Suchthilfediensten vollzogen sowie Kooperationsvereinbarungen mit den Beratungsstellen für Alkohol- und Medikamentenabhängige für integrierte Suchthilfedienste geschlossen. Mit dieser integrierten Suchthilfe ist ein verantwortlicher Dienst für alle drogen- und suchtmittelmissbrauchenden und -abhängigen Menschen (sowie deren Angehörige) in der Region sichergestellt. 2007 wurden in den ambulanten Einrichtungen 16.027 Männer und Frauen betreut. Bei den Patientinnen und Patienten, die wegen eigener Suchtprobleme (94 %) Hilfe in Anspruch nahmen, handelte es sich vorrangig um alkoholbezogene (40 %), opiatbezogene (33 %) oder cannabisbezogene (15 %) Hauptsuchtdiagnosen.

Tabellen

Kapitel 7 des Basisberichts enthält Daten zu Schwangerenbetreuung, Geburten und Schwangerschaftsabbrüchen, im Bereich Kinder und Jugendliche Daten zu Krankheitsfrüherkennung, Kariesprävalenz, Kariesprophylaxe, Impfquoten und Inanspruchnahme von Angeboten des öffentlichen Gesundheits-

dienstes, außerdem Daten zur Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und am Gesundheits-Check-up und schließlich Daten zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher, psychotherapeutischer, sozialpsychiatrischer und zahnärztlicher Leistungen, des Rettungs- und Ärztlichen Bereitschaftsdienstes sowie stationärer und teilstationärer Leistungen (Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen). Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 7.2.1 - 7.2.51 (Seiten 432 - 478) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 30 Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 21 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Beschäftigte und Ausbildung im Gesundheitswesen (Kapitel 8 und 9 des Basisberichts 2008)

Die Themenfelder enthalten Informationen zu Beschäftigtenzahlen im Berliner Gesundheitswesen, insbesondere zu Anteilen von Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit in ausgewählten Berufsgruppen, betrachtet nach Geschlechts- und Altersstruktur. Außerdem wird über Ergebnisse einer Untersuchung zum Gesundheitszustand der Beschäftigten und das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen im Pflegebereich sowie die Weiterbildung auf dem Gebiet der Kardiotechnik berichtet. In den Tabellen zu Kapitel 8 und 9 sind Daten zu Beschäftigten im Gesundheitswesen in verschiedenen Berufsgruppen und Tätigkeitsbereichen zu finden.

Schwerpunkte

Gesundheitspersonal in Berlin sowie Erwerbstätigkeit und Arbeitslosigkeit ausgewählter Berufsgruppen (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkte 8.1.1 - 8.1.2, Seiten 479 - 484)

- Die *Erwerbstätigenzahl* im Berliner Gesundheits- und Sozialwesen ist in den letzten Jahren kontinuierlich gewachsen, von 2006 bis 2007 um 2 % (3.712) auf 189.295 Beschäftigte. Von 2005 bis 2007 machten sich 2.345 Personen selbständig (+10,7 %). Das Verhältnis Selbständige zu Arbeitnehmern lag somit 2007 bei 13 % zu 87 %, während es 1991 noch 6 % zu 94 % betrug.
- Im Jahr 2007 waren in der Berliner Ärztekammer 17.145 berufstätige Ärzte und Ärztinnen gemeldet, von denen 43 % in ambulanten Einrichtungen, 45 % im stationären Bereich und 12 % in Behörden, Körperschaften u. ä. Einrichtungen tätig waren. Der Frauenanteil, der insgesamt bei 48 % lag, war im ambulanten und sonstigen Bereich mit 50 bzw. 54 % deutlich höher als in stationären Einrichtungen (43 %). Der Anteil der jungen Ärzte und Ärztinnen unter 35 Jahren ist mit knapp 15 % (2.553 Personen) fast genauso hoch wie der Anteil der über 60-jährigen Mediziner und Medizinerinnen (2.288 bzw. 13 %).
- In Berlin übten im Jahr 2007 34.323 Personen (darunter 86 % Frauen) ihren Beruf als *Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/-pfleger oder Hebammen und Entbindungshelfer* in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis aus. Die Altersjahre von 40 bis 49 waren am häufigsten vertreten (31 %), nur etwa 2 % waren in der Altersgruppe 60 bis 64 Jahre zu finden. Ende 2007 waren 671 Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerinnen bei der Regionaldirektion für Arbeit Berlin-Brandenburg arbeitslos gemeldet, davon hatten 20 % gesundheitliche Einschränkungen. Im Jahr 2007 waren 12.238 *Gesundheits- und Krankenpflegehelfer- und helferinnen* sozialversicherungspflichtig beschäftigt. Von den im gleichen Zeitraum 1.334 als arbeitslos registrierten Berufsangehörigen waren 28 % von gesundheitlichen Einschränkungen betroffen.
- Insgesamt waren 98 % der 21.324 in Berlin sozialversicherungspflichtig beschäftigten *Sprechstundenhelfer und -helferinnen* Frauen. Mehr als die Hälfte der Berufsgruppe war jünger als 35 Jahre. 2007 waren 1.666 Personen arbeitslos gemeldet, die 224 (13,4 %) mit gesundheitlichen Einschränkungen registrierten Arbeitslosen waren in der Regel über 35 Jahre alt.
- 2007 arbeiteten in Berlin 5.328 *Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten (MTA)* (beinhaltet: Labor-, Radiologie- und Funktionsassistenten und -assistentinnen) in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis, wobei der Großteil nicht älter als 40 Jahre war und

nur 10,5 % aller Beschäftigten männlich. Ende 2007 waren lediglich 134 MTA arbeitslos gemeldet, 13 % (18 Personen) gaben gesundheitliche Einschränkungen an.

Gesundheitszustand von in Pflegeberufen Beschäftigten in Deutschland (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 8.1.3, Seiten 484 - 487)

- Beschäftigte in Pflegeberufen sind hohen *körperlichen und psychischen Belastungen* ausgesetzt. Das wirkt sich stark auf das eigene Wohlbefinden und die Gesundheit aus. Kreuz- und Rückenbeschwerden gaben im stationären Bereich 73 % der Pflegenden an, in der ambulanten Pflege waren es sogar 77 %. Ebenso häufig wurden mäßige oder starke Beschwerden im Schulter- und Nackenbereich angegeben. Hauterkrankungen spielen bei den *anerkannten Berufskrankheiten* mit 71 % im stationären und 78 % im ambulanten Bereich die größte Rolle, nur 10 % sind dem Bereich der Lendenwirbelsäulenerkrankungen zuzuordnen.
- Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen haben einen erhöhten *Krankenstand*, in den ambulanten Pflegediensten liegt er bei 3,5 % und in der stationären Krankenpflege bei 3,9 % (Daten von Mitgliedern der Deutschen Angestellten-Krankenkasse (DAK) in Deutschland). Mit zunehmendem Alter (bis zum 59. Lebensjahr) steigt der Krankenstand, ab dem 60. Lebensjahr sinkt er wieder. Das ist nach Auffassung der DAK auf einen Selektionsmechanismus („healthy-worker-effect“) zurückführbar, da gesundheitlich stark beeinträchtigte ältere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter häufiger von Frühberentungsangeboten und vorzeitigem Ruhestand Gebrauch machen.
- Unter den 24.279 im Jahr 2006 in Deutschland in Rente gegangenen Beschäftigten des Gesundheits- und Sozialwesens waren 27,7 % *Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit*. In der Berufsgruppe der Gesundheits- und Krankenpfleger und -pflegerinnen und Hebammen/Entbindungspfleger lag der Anteil derer, die wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Rente gingen, mit 36,2 % am höchsten.

Bildungsgänge Kardiotechnik (vgl. Basisbericht 2008 - Schwerpunkt 9.1.1, Seite 511)

- Am Deutschen Herzzentrum Berlin (DHZB) besteht seit fast zwanzig Jahren ein deutschlandweit einzigartiger Bildungsgang, in dem Angehörige aus Berufen des Gesundheitswesens (meist Krankenpflegepersonal) in einer *zweijährigen Bildungsmaßnahme* mit abschließender staatlicher Prüfung zum Kardiotechniker bzw. zur Kardiotechnikerin weitergebildet werden. Ab dem Sommersemester 2008 wird in Kooperation mit der privaten Steinbeis-Hochschule ein „Bachelor of Science Cardiovascular Perfusion“ angeboten. Neben dem *Studiengang* bleibt der zweijährige Ausbildungsgang bestehen. *Synergieeffekte* sollen durch das Angebot gemeinsamer Module für Teilnehmerinnen und Teilnehmer beider Bildungsgänge *erzielt werden*.

Tabellen

Kapitel 8 des Basisberichts enthält Daten zu Berufsgruppen des Gesundheitswesens, u. a. zu ärztlich, zahnärztlich, psychotherapeutisch und in der Pflege Tätigen, in stationären Einrichtungen, im ambulanten Bereich, im öffentlichen Gesundheitsdienst und in Apotheken. In Kapitel 9 sind Daten zu Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsfachberufen, erteilten Approbationen und Berufserlaubnissen ausgewiesen. Die Angaben sind zu finden in den Tabellen 8.2.1 - 8.2.23 (Seiten 488 - 510) und 9.2.1 - 9.2.8 (Seiten 512 - 519) des Basisberichts 2008. Die Tabellen setzen sich zusammen aus 20 (Kapitel 8) bzw. 4 (Kapitel 9) Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 3 respektive 4 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlinspezifischen Informationen.

Ausgaben und Finanzierung sowie Kosten

Die Themenfelder 10 - Ausgaben und Finanzierung und 11 - Kosten stehen ausschließlich in Tabellenform im Nachtrag zum Basisbericht 2008 im Internet zur Verfügung (<http://www.berlin.de/sen/statistik/gesoz/gesundheits/basis.html>). Sie enthalten Daten zu Gesundheitsausgaben nach Sozialgesetzbuch XII und Landespflegegeldgesetz, zur Krankenhausfinanzierung, zu Versicherten der

gesetzlichen Krankenversicherung, zur Kostenstruktur von Krankenhäusern und zu Aufwendungen für Leistungen in Pflegeeinrichtungen. Die Tabellen setzen sich zusammen aus acht Indikatoren der Gesundheitsberichterstattung der Länder und weiteren 12 Tabellen mit darüber hinausgehenden berlin-spezifischen Informationen.

Gesundheitsberichterstattung Berlin - Basisbericht 2008

Tabellarische Übersicht der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"

Nr. im Basisbericht ¹⁾	Inhalt	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
2.	Bevölkerung und bevölkerungsspezifische Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems				
2.1	Textbeiträge, Abbildungen				
2.1.1	Berliner Bevölkerung - Stand, Entwicklung und Struktur 2.1.1.1 Entwicklung der Berliner Bevölkerung - demografischer Wandel 2.1.1.2 Älter werdende Bevölkerung in Berlin	31.12.2007, 2030	50-59	95+	37 - 43
2.1.2	Aspekte zur sozialen Lage der älteren Bevölkerung 2.1.2.1 Einkommen, Erwerbstätigkeit, Arbeitslosigkeit und Bildung 2.1.2.2 Leistungen nach dem 3. und 4. Kapitel des Sozialgesetzbuch XII und nach Asylbewerberleistungsgesetz	2007	50-59	95+	43 - 51
2.2	Tabellen				
2.2.3	Bevölkerung nach Altersgruppen und Ausländeranteil	2007	50-54	95+	62 - 66
2.2.4	Ausländische Bevölkerung nach Altersgruppen	2007	50-54	95+	67 - 71
2.2.6	Altersstruktur und Lastenquotienten (Stand: 31.12.)	2007	65+	80+	73
2.2.7	Altersstruktur und Lastenquotienten (Stand: 31.12.)	1991 - 2007	65-79	80+	74 - 78
2.2.8	Mädchen- und Frauenanteil in der Bevölkerung (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen	2007	65-79	80+	78
2.2.13	Bevölkerung und Prognose nach Lastenquotienten	2007 / 2030	50-59	95+	87
2.2.18	Privathaushalte nach Haushaltsgröße, Haushaltsnettoeinkommen und Altersgruppen	2006	65+		94
2.2.20a	Bevölkerung nach Erwerbs- und Migrationsstatus und Alter der Nichterwerbspersonen	2006	65+		96
2.2.22	Arbeitslose und Arbeitslosenquote im Jahresdurchschnitt nach Altersgruppen und Rechtskreisen	1991 - 2007	50+		100
2.2.23	Arbeitslose Ende Juni nach Altersgruppen, Rechtskreisen und Agenturen für Arbeit	Jul 08	50+		101-102
2.2.24	Empfänger/innen von Leistungen gemäß 3. u. 4. Kapitel Sozialgesetzbuch (SGB) XII außerhalb von Einrichtungen nach Altersgruppen (Stand: 31.12.)	2006 - 2007	65+		103
2.2.24a	Empfänger/innen von Leistungen gemäß 3. u. 4. Kapitel Sozialgesetzbuch XII außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen	2006 - 2007	50-59	95+	104
2.2.24b	Empfänger/innen von Hilfe zum Lebensunterhalt (3. Kapitel SGB XII) außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen	2006 - 2007	50-59	95+	105
2.2.24c	Empfänger/innen von bedarfsorientierter Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (4. Kapitel SGB XII) außerhalb von Einrichtungen im Alter von 50 und mehr Jahren (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen	2006 - 2007	50-59	95+	106
2.2.25	Empfänger/innen von Regelleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (Stand: 31.12.) nach Altersgruppen	2006 - 2007	50+		107

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
3.	Gesundheitszustand der Bevölkerung				
3.1	Textbeiträge, Abbildungen				
3.1.1	Gesundheitliche Beeinträchtigungen und Krankheiten bei älteren Menschen in Berlin 3.1.1.1 Allgemeine Morbidität 3.1.1.2 Ausgewählte spezifische Morbidität	bis 2007	50-54	95+	109 - 145
3.1.2	Ausgewählte Aspekte zur Sterblichkeit älterer Menschen in Berlin 3.1.2.1 Lebenserwartung 3.1.2.2 Mortalität	bis 2007	65+	95+	145 - 157
3.2	Tabellen				
3.2.9	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) nach Altersgruppen	1994 - 2006	50-54	85+	171
3.2.9a	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen - weiblich	1994 - 2006	50-54	95+	172
3.2.9b	Aus dem Krankenhaus ... - männlich	1994 - 2006	50-54	95+	173
3.2.9c	Aus dem Krankenhaus ... - insgesamt	1994 - 2006	50-54	95+	174
3.2.9d	Aus dem Krankenhaus ... - je 100.000	2006	50-54	95+	175
3.2.10c	Aus dem Krankenhaus ... - je 100.000 / weiblich	2006	50-54	85+	179
3.2.10d	Aus dem Krankenhaus ... - je 100.000 / männlich	2006	50-54	85+	180
3.2.10e	Aus dem Krankenhaus ... - je 100.000 / insgesamt	2006	50-54	85+	181
3.2.11	Sterbefälle insgesamt sowie im Krankenhaus gestorbene vollstationäre Behandlungsfälle (nur Berliner) nach Altersgruppen	2003 - 2006	50-54	95+	182
3.2.12	Durchschnittliche Verweildauer der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen	2003 - 2006	50-54	95+	183
3.2.13	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) nach Fachabteilungen (u. a. klinische Geriatrie) und Wohnort	2006	x	x	185
3.2.13a	Aus dem Krankenhaus ... (nur Ausland)	2006	x	x	186
3.2.14c	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen, Hauptdiagnosegruppen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag	2006	55-64	85+	190 - 192
3.2.16	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) infolge infektiöser und parasitärer Krankheiten (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2006	50-54	95+	196
3.2.17b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) infolge bösartiger Neubildungen (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2006	50-54	95+	199
3.2.18a	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Diabetes mellitus (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2006	50-54	95+	201
3.2.19b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen psychischer und Verhaltensstörungen (nur Berliner) nach Altersgruppen - weiblich	2006	50-54	95+	204
3.2.19c	Aus dem Krankenhaus ... - männlich	2006	50-54	95+	205

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
3.2.20b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (nur Berliner) nach Altersgruppen	2006	50-54	95+	208
3.2.21b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Atmungssystems (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2006	50-54	95+	211
3.2.22b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Verdauungssystems (nur Berliner) nach Altersgruppen	2006	50-54	95+	214
3.2.23b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und des Bindegewebes (nur Berliner) nach Altersgruppen	2006	50-54	95+	217
3.2.24b	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen Verletzungen und Vergiftungen (nur Berliner) nach Altersgruppen	2005 - 2006	50-54	95+	220
3.2.25	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen	1994 - 2006	60-69	95+	221
3.2.25a	Aus dem Krankenhaus ... (einschl. Sterbefälle, ohne Stundenfälle) ...	1994 - 2006	60-69	95+	222
3.2.25b	Aus dem Krankenhaus ... (einschl. Sterbefälle, nur Stundenfälle) ...	1994 - 2006	60-69	95+	223
3.2.25c	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen - je 100.000 altersstand. Eurobev. alt	1994 - 2006	60+		224
3.2.26	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) (je 3 Jahre zusammengefasst) nach Altersgruppen - weiblich	1998 - 2006	60-69	95+	225 - 226
3.2.26a	Aus dem Krankenhaus ... - männlich	1998 - 2006	60-69	95+	227 - 228
3.2.26b	Aus dem Krankenhaus ... - insgesamt	1998 - 2006	60-69	95+	229 - 230
3.2.27	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen, durchschnittlicher Verweildauer und durchschnittlich belegten Betten je Tag	1994 - 2006	60-69	95+	231 - 232
3.2.28	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen - je 100.000 (durchschnittl. Bevölkerung)	2001 - 2006	60+		233
3.2.28a	Aus dem Krankenhaus ... - je 100.000 (altersstand. Eurobev. alt) / weiblich	2001 - 2006	60+		234
3.2.28b	Aus dem Krankenhaus ... - männlich	2001 - 2006	60+		235
3.2.28c	Aus dem Krankenhaus ... - insgesamt	2001 - 2006	60+		236
3.2.29	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Altersgruppen und Hauptdiagnosegruppen - Alter: 60 - 69 Jahre	2001 - 2006	60-69		237
3.2.29a	Aus dem Krankenhaus ... - Alter: 70 - 79 Jahre	2001 - 2006	70-79		238
3.2.29b	Aus dem Krankenhaus ... - Alter: 80 - 94 Jahre	2001 - 2006	80-94		239
3.2.29c	Aus dem Krankenhaus ... - Alter: 95 Jahre u. älter	2001 - 2006	95+		240
3.2.30	Durchschnittliche Verweildauer (in Tagen) der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) nach Alters- und Hauptdiagnosegruppen - Alter: 60 - 69 Jahre	2001 - 2006	60-69		241
3.2.30a	Durchschnittliche Verweildauer ... - Alter: 70 - 79 Jahre	2001 - 2006	70-79		242

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
3.2.30b	Durchschnittliche Verweildauer ... - Alter: 80 - 94 Jahre	2001 - 2006	80-94		243
3.2.30c	Durchschnittliche Verweildauer ... - Alter: 95 Jahre u. älter	2001 - 2006	95+		244
3.2.31	Aus dem Krankenhaus entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) (nur Berliner) nach Altersgruppen	2000 - 2006	60-69	80+	245 - 246
3.2.31a	Aus dem Krankenhaus ... wegen Psychischer und Verhaltensstörungen (ICD-10 Nrn. F00-F99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	247 - 248
3.2.31b	Aus dem Krankenhaus ... wegen Krankheiten des Nervensystems (ICD-10 Nrn. G00-G99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	249 - 250
3.2.31c	Aus dem Krankenhaus ... wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00-I99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	251 - 252
3.2.31d	Aus dem Krankenhaus ... wegen Krankheiten des Atmungssystems (ICD-10 Nrn. J00-J99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	253 - 254
3.2.31e	Aus dem Krankenhaus ... wegen Krankheiten des Verdauungssystems (ICD-10 Nrn. K00-K99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	255 - 256
3.2.31f	Aus dem Krankenhaus ... wegen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems (ICD-10 Nrn. M00-M99) ...	2000 - 2006	60-69	80+	257 - 258
3.2.31g	Aus dem Krankenhaus ... wegen Verletzungen und Vergiftungen (ICD-10 Nrn. S00-T98) ...	2000 - 2006	60-69	80+	259 - 260
3.2.32	Die jeweils 10 häufigsten Behandlungsdiagnosen der aus dem Krankenhaus entlassenen vollstationären Behandlungsfälle (einschl. Sterbefälle) (nur Berliner) (3 Jahre zusammengefasst) nach Altersgruppen - weiblich	2004 - 2006	60-69	95+	261
3.2.32a	Die jeweils 10 häufigsten ... - männlich	2004 - 2006	60-69	95+	262
3.2.32b	Die jeweils 10 häufigsten ... - insgesamt	2004 - 2006	60-69	95+	263
3.2.35	Pflegebedürftige Personen nach Leistungsart	1999 - 2007	x	x	266
3.2.35a	Pflegebedürftige Personen (Stand: 15.12.) nach Altersgruppen und Leistungsart - absolut	2007	50-54	95+	267
3.2.35b	Pflegebedürftige ... - je 100.000	2007	50-54	95+	268
3.2.35c	Pflegebedürftige Personen (Stand: 15.12.) nach Pflegestufen und Leistungsart	1999 - 2007	x	x	269
3.2.35d	Mittlere Lebenserwartung ohne Pflegebedürftigkeit (in Jahren) nach Altersgruppen	2001 - 2007	50-54	95+	270
3.2.39	Ausgewählte nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtige übertragbare Krankheiten (Stand: 01.03.08) nach Altersgruppen	2007	65+		277
3.2.40b	Gemeldete Fälle an Tuberkulose (alle Formen u. offene Lungentuberkulose) (3 Jahre zusammengefasst) (Stand: 01.03.08) nach Altersgruppen	2005 - 2007	50-54	95+	280
3.2.44	Gemeldete Neuerkrankungen an bösartigen Neubildungen (nur Berliner) (Stand: 31.01.08) nach Altersgruppen - ohne DCO-Fälle	2001 - 2005	50-54	85+	290
3.2.44a	Gemeldete ... - mit DCO-Fällen	2001 - 2005	50-54	85+	291
3.2.46	Gemeldete Neuerkrankungen an Lungenkrebs (nur Berliner) (Stand: 31.01.08) nach Altersgruppen - ohne DCO-Fälle	2001 - 2005	50-54	85+	293
3.2.46a	Gemeldete ... - mit DCO-Fällen	2001 - 2005	50-54	85+	294
3.2.47	Gemeldete Neuerkrankungen an Brustkrebs (weiblich) und an Prostatakrebs (nur Berliner) (Stand: 31.01.08) nach Altersgruppen - ohne DCO-Fälle	2001 - 2005	50-54	85+	295
3.2.47a	Gemeldete ... - mit DCO-Fällen	2001 - 2005	50-54	85+	296
3.2.49	Im Straßenverkehr verunglückte Personen nach Altersgruppen und Verletzungsschwere - absolut	2007	50-54	95+	299
3.2.49a	Im Straßenverkehr ... - je 100.000	2007	50-54	95+	300
N 3.2.1	Gesamt-, vorzeitige und Alterssterblichkeit	1991 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
N 3.2.2b	Mortalitätsraten nach Hauptdiagnosegruppen - Alter: 65 Jahre und älter	2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.2c	Mortalitätsraten nach häufigsten Todesursachen (Hauptdiagnosegruppen) und ausgewählten Altersgruppen - weiblich	1991 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.2d	Mortalitätsraten ... - männlich	1991 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.3b	Sterblichkeit nach Staatsangehörigkeit - Alter: 65 Jahre und älter	1993 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.3f	Mortalität nach Bezirken - Alter: 65 Jahre und älter	1995 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.4	Altersspezifische Mortalität - absolut	1998 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.4a	Altersspezifische ... - je 100.000 der Altersgruppe	1998 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.4b	Mortalität nach ausgewählten Altersgruppen	1998 - 2007	60-69	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.4c	Altersspezifische Mortalität nach Staatsangehörigkeit	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.5b	Mortalität nach Bezirken (Jahre zusammengefasst) - Alter: 65 Jahre und älter	1999 - 2001 2005 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6	Die häufigsten Sterbefälle nach Altersgruppen und Einzeldiagnosen - weiblich	2007	65-79	80+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6a	Die häufigsten ... - männlich	2007	65-79	80+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6b	Die häufigsten Sterbefälle (Jahre zusammengefasst) nach ausgewählten Altersgruppen und Einzeldiagnosen - weiblich	2005 - 2007	60-69	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6c	Die häufigsten ... - männlich	2005 - 2007	60-69	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6e	Sterblichkeit nach ausgewählten Altersgruppen und ausgewählten Todesursachen - absolut	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6f	Sterblichkeit ... - je 100.000	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6g	Sterblichkeit ... - absolut / Deutsche	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6h	Sterblichkeit ... - je 100.000 / Deutsche	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6i	Sterblichkeit ... - absolut / Ausländer	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.6j	Sterblichkeit ... - je 100.000 / Ausländer	1994 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.7	Altersspezifische Lebenserwartung (in Jahren)	2000 - 2007	50	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.11	Altersspezifische Mortalitätsraten für vermeidbare Todesfälle und für die Gesamtsterblichkeit	2007	50-54	85+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.22	Altersspezifische Mortalität bei infektiösen und parasitären Krankheiten	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.23c	Altersspezifische Mortalität bei ausgewählten Neubildungen	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.26	Altersspezifische Mortalität bei Suizid	2005 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.26b	Mortalität bei Suizid (Jahre zusammengefasst) - Alter: 65 u. älter	2005 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.26c	Mortalität bei Suizid in Deutschland - Alter: 65 und älter	1991 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.29b	Altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Kreislaufsystems	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.29c	Mortalitätsraten ausgewählter Altersgruppen bei bösartigen Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems	1992 - 2007	65+		Nachtrag ¹⁾
N 3.2.30b	Altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Atmungssystems	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.31b	Altersspezifische Mortalität bei Krankheiten des Verdauungssystems	2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
N 3.2.33b	Gestorbene infolge äußerer Ursachen von Morbidität und Mortalität nach Altersgruppen	2006 - 2007	50-54	95+	Nachtrag ¹⁾
4.	Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen				
4.1	Textbeiträge, Abbildungen				
4.1.1	Konsum von Tabak, Alkohol und Drogen in der Berliner Bevölkerung - Epidemiologische Daten 2006	bis 2006	50-64		303 - 304
4.1.2	Sport- und Bewegungsverhalten - Umfrage 2006	2006	65+		304 - 311
4.1.3	Mitgliedschaft älterer Berlinerinnen und Berliner in Sportvereinen	bis 2008	51-60	61-75	311 - 314

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
6.	Einrichtungen des Gesundheitswesens				
6.1	Textbeiträge, Abbildungen				
6.1.2	Institut für Toxikologie - Klinische Toxikologie und Giftnotruf Berlin: Besondere Vergiftungsrisiken und -umstände im höheren Lebensalter	2001 - 2007	60+		364 - 366
6.1.7	Stationäre medizinische Versorgung - Krankenhausplanung: Geriatrische Versorgung im Krankenhaus	bis 2007	x	x	376 - 379
6.1.8	Pflegerische, Hospiz- und Palliativversorgung	2007 - 2008	60+	80+	379 - 381
6.1.9.1	Berliner Krisendienst - Inanspruchnahme durch ältere Menschen	1999 - 2007	61+		382 - 383
6.2	Tabellen				
6.2.18 N 6.2.5	Krankenhäuser nach Fachabteilungen (u. a. Geriatrie) und Bettenzahl	2006 u. 2007	x	x	401 und Nachtrag ¹⁾
6.2.19 N 6.2.6	Tages- und Nachtambulanzplätze in Krankenhäusern nach Fachabteilungen (u. a. Geriatrie)	2006 u. 2007	x	x	402 und Nachtrag ¹⁾
6.2.20	Langzeitpflegeplätze in Pflegeeinrichtungen - Bedarf 2010 nach Landespflegeplan, Bestand und bekannte Planungen am 01.01.2008	2008 / 2010	x	x	403
6.2.21	Ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen (Stichtag 15.12.) nach Art der Pflegeeinrichtung und verfügbaren Plätzen	1999 - 2007	65+		404
6.2.22	Ambulante Pflegeeinrichtungen (Stichtag 15.12.) nach Art, Zahl der Pflegebedürftigen (Größenklassen) und Trägerschaft	2005 - 2007	x	x	405
6.2.23	(Teil-)stationäre Pflegeeinrichtungen (Stichtag 15.12.) nach Art, verfügbaren Plätzen und Trägerschaft	2005 - 2007	65+	85+	406
7.	Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsförderung und der Gesundheitsversorgung				
7.1	Textbeiträge, Abbildungen				
7.1.1.1	Gesundheitsförderung und Prävention im Alter im Bezirk Mitte	2008	x	x	409 - 416
7.1.1.2	Altenplanung und Koordinierung der Altenarbeit in Marzahn-Hellersdorf	2008	x	x	417 - 424
7.1.2	Sportförderung - Orientierung an Zielgruppen	2008	x	x	424 - 425
7.1.4.2	Förderung der Koordinierungsstellen Rund ums Alter	2006	x	x	429
7.2	Tabellen				
7.2.33	Im Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) untersuchte Personen nach ausgewählten Altersgruppen und Diagnosen	2007	65+		463
7.2.44 N 7.2.5	Betten, Behandlungsfälle, Berechnungs- und Belegungstage in Krankenhäusern nach Fachabteilungen sowie intensivmedizinischer, geriatrischer und neonatologischer Versorgung	2005 - 2007	x	x	471 und Nachtrag ¹⁾
7.2.45 N 7.2.6+7	Krankenhaustätigkeit und durchschnittliche Verweildauer nach Fachabteilungen (u. a. Geriatrie)	1998 - 2007	x	x	472 und Nachtrag ¹⁾
7.2.46 N 7.2.8	Bettenauslastung in Krankenhäusern nach Fachabteilungen (u. a. Geriatrie)	1998 - 2007	x	x	473 und Nachtrag ¹⁾
7.2.47 N 7.2.9	Vor- und nachstationäre sowie teilstationäre Behandlungsfälle und teilstationäre Behandlungstage in Krankenhäusern nach Fachabteilungen (u. a. Geriatrie)	2005 - 2007	x	x	474 und Nachtrag ¹⁾
7.2.48	Pflegebedürftige Menschen am 15.12. nach Art der Leistungen	2007	65+	80+	475
7.2.49	Inanspruchnahme ambulanter und stationärer Pflege am 15.12. nach ausgewählten Altersgruppen und Art der Pflegeleistungen	2007	65+	80+	476

Nr. im Basisbericht	Inhalt der Beiträge und Tabellen zum Themenschwerpunkt "Ältere Menschen"	Zeitraum	erste	letzte	Seite(n) / Nachtrag ¹⁾
			dargestellte Altersgruppe über 50-Jähriger in Jahren		
8.	Beschäftigte im Gesundheitswesen				
8.1	Textbeiträge, Abbildungen				
8.1.2	Geschlechts- und Altersstruktur ausgewählter Berufsgruppen im Berliner Gesundheitswesen	2007	50-59	65+	480 - 484
8.1.3	Gesundheitszustand ausgewählter Beschäftigtengruppen im Gesundheits- und Sozialwesen in Deutschland	2003 - 2004	50-54	60+	484 - 487
8.2	Tabellen				
8.2.3	Berufstätige Ärztinnen und Ärzte (Stichtag: 31.12.) nach Altersgruppen und ausgewählten Tätigkeitsbereichen	2000 - 2007	50-59	65+	490
9.	Ausbildung im Gesundheitswesen				
9.2	Tabellen				
9.2.3	Staatliche Anerkennungen im Gesundheitsachberuf Altenpflege und in den sozialpflegerischen Berufen Heilerziehungspflege und Familienpflege nach Altersgruppen	1991 - 2007	51-60		514
10.	Ausgaben und Finanzierung - Tabellen				
N 10.2.1	Ausgaben für Hilfe zur Pflege nach SGB XII	2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 10.2.2	Empfänger/innen von Hilfe zur Pflege nach SGB XII	2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 10.2.5	Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und mitversicherte Familienangehörige (Stichtag: 1. Juli) nach Altersgruppen	2007 - 2008	50-54	90+	Nachtrag ¹⁾
N 10.2.6	Versichertenstruktur in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) (Stichtag: 1. Juli) nach Krankenkassen	2006 - 2008	Rentner/innen		Nachtrag ¹⁾
11.	Kosten - Tabellen				
N 11.2.7	Durchschnittliche Vergütung für Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen sowie Art der Vergütung und des Trägers	2003 - 2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 11.2.8	Langzeitpflege, Kurzzeitpflege und Tagespflege in (teil-)stationären Pflegeeinrichtungen (Stichtag: 15.12.) nach verfügbaren Plätzen, durchschnittlicher Vergütung nach Pflegeklassen und Bezirken	2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 11.2.9	Durchschnittliche Vergütung für (teil-)stationäre Leistungen von Pflegeeinrichtungen (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen, Art der Vergütung und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze) der Einrichtung	2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 11.2.10	Pflegeeinrichtungen mit Langzeitpflege (Stichtag: 15.12.) nach Pflegeklassen, Höhe der Vergütung (Größenklassen) und Kapazitätsgrößenklassen (verfügbare Plätze)	2007	x	x	Nachtrag ¹⁾
N 11.2.11	Durchschnittliche Vergütung der Langzeitpflege in Pflegeeinrichtungen in Deutschland nach Bundesländern, Pflegeklassen und Art der Vergütung	2005 - 2007	x	x	Nachtrag ¹⁾

Spalte "Inhalt": ... = Überschrift identisch mit derjenigen eine Zeile oberhalb.

Spalte "erste/letzte dargestellte Altersgruppe": x = mit Bezug zum Themenschwerpunkt, jedoch ohne Altersangabe.

¹⁾ Tabellen im Nachtrag sind mit "N" gekennzeichnet. Veröffentlichung des Berichtsnachtrags ausschließlich in elektronischer Form unter <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html> sowie im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) unter <http://www.gsi-berlin.info/>.

Die vollständigen Beiträge und Informationen zu den neun im Gesundheitsbericht behandelten Themenfeldern sind nachzulesen in:

Gesundheitsberichterstattung Berlin
Basisbericht 2008 - Daten des Gesundheits- und Sozialwesens

Herausgeber:

Prof. Dr. Gerhard Meinlschmidt

Senatsverwaltung für Gesundheit, Umwelt und Verbraucherschutz Berlin

Referat Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Informationssysteme

Berlin 2009

ISSN 1617-9242

Der Basisbericht 2008 steht Ihnen zum kostenfreien Abruf zur Verfügung unter

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/gesundheit/basis.html>

Fachliche Auskünfte erhalten Sie unter

Telefon: (030) 9028 2660

Telefax: (030) 9028 2067

E-Mail: Gerhard.Meinlschmidt@senguv.berlin.de

Einen Überblick über weitere Veröffentlichungen des Referates Gesundheitsberichterstattung, Epidemiologie, Gemeinsames Krebsregister, Sozialstatistisches Berichtswesen, Gesundheits- und Informationssysteme, die Sie bestellen oder als PDF-Datei herunterladen können, finden sie unter

Internet: <http://www.berlin.de/sen/statistik/gessoz/index.html>

Der Basisbericht 2008 ist auch Teil des im Internet zur Verfügung stehenden **Gesundheits- und Sozialinformationssystem GSI**, das zum einen die seit 2004 erschienenen Publikationen der Berliner Gesundheitsberichterstattung bereithält, in dem zum anderen aber auch die einzelnen in den Veröffentlichungen enthaltenen Tabellen, Texte (einschließlich Abbildungen) und Karten sowie darüber hinausgehend weitere für die Berichterstattung aufbereitete Daten nach inhaltlichen Gesichtspunkten zusammengestellt sind. Das bietet die Möglichkeit, zu einem bestimmten Thema über den aktuellen Basisbericht hinaus alle Informationen zu finden, die innerhalb der letzten Jahre von der Berliner Gesundheitsberichterstattung behandelt wurden.

Internet: <http://www.gsi-berlin.info/>

