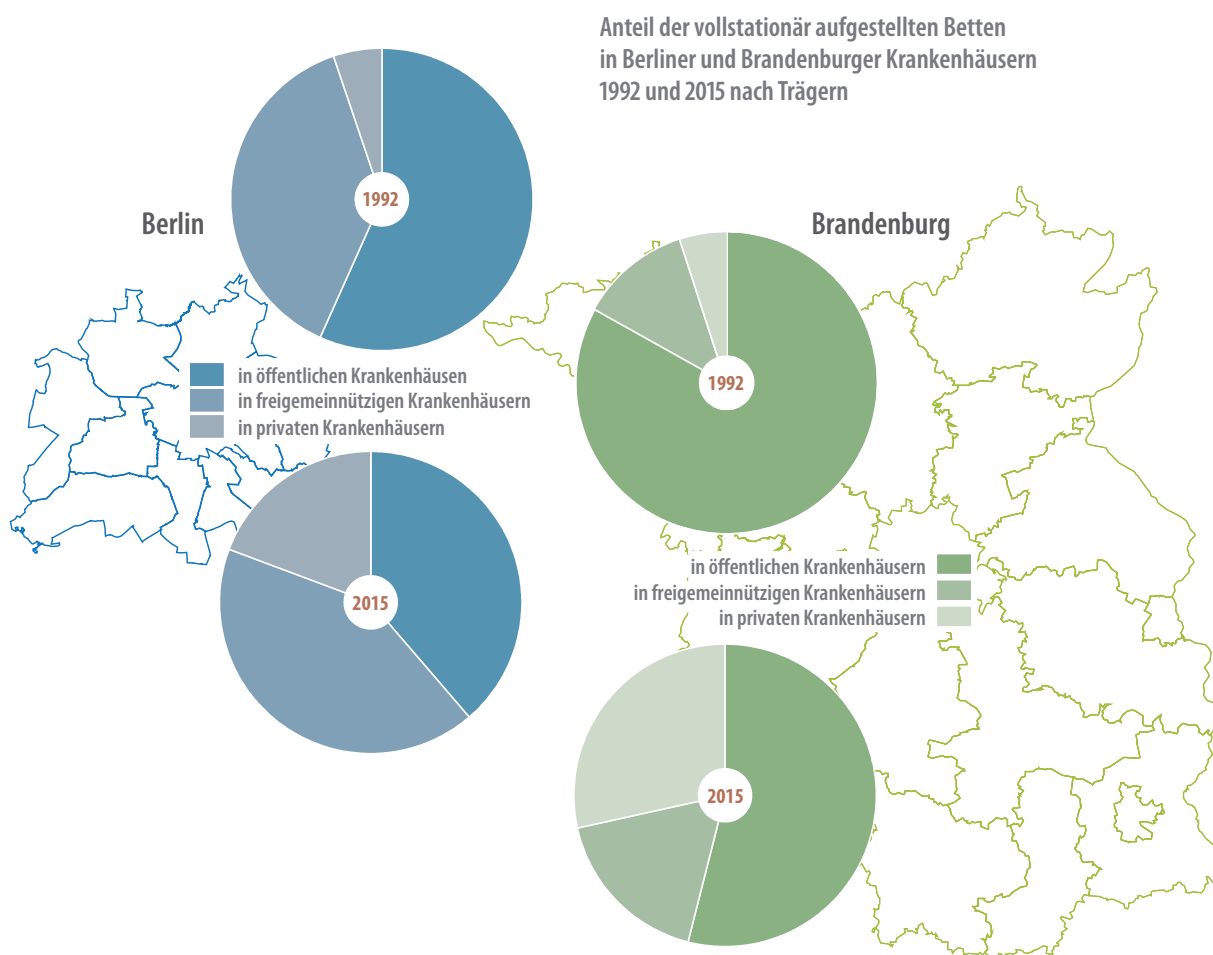


▯ **GESUNDHEIT UND SOZIALES**



Weitere Themen

▯ **Wahlen** ▯ **Volksentscheid**

## Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

Zeitschrift für amtliche Statistik  
Berlin Brandenburg  
11. Jahrgang

**Herausgeber**  
Amt für Statistik Berlin-Brandenburg  
Behlertstraße 3a  
14467 Potsdam  
Tel.: 0331 8173-1777

**Verantwortlicher Redakteur i. S. d. BbgPG**  
Hartmut Bömermann  
**Redaktion**  
Nicole Dombrowski,  
Dr. Holger Leerhoff,  
Anja Malchin,  
Dr. Thomas Troegel,  
Ramona Voshage (Leitung)  
[zeitschrift@statistik-bbb.de](mailto:zeitschrift@statistik-bbb.de)

**Preis**  
Einzelheft EUR 6,00  
ISSN 1864-5356

**Satz und Gestaltung**  
Amt für Statistik Berlin-Brandenburg

**Druck**  
Heenemann GmbH & Co., Berlin

© Amt für Statistik Berlin-Brandenburg, 2017  
Auszugsweise Vervielfältigung und  
Verbreitung mit Quellenangabe gestattet.

Das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg  
hat seinen Sitz in Potsdam und weitere  
Standorte in Berlin und Cottbus.

**Auskunft und Beratung**  
Behlertstraße 3a  
14467 Potsdam  
Telefon: 0331 8173-1777  
Fax: 030 9028-4091  
[info@statistik-bbb.de](mailto:info@statistik-bbb.de)

### Zeichenerklärung

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



Alle Ausgaben seit 2007  
finden Sie auf  
[www.statistik-berlin-brandenburg.de](http://www.statistik-berlin-brandenburg.de)

## Kurzberichte

- ▮ Aserbaidsschanische Delegation zu Gast im AFS **3**
- ▮ 21. Konferenz „Messung der Preise“ **4**
- ▮ 10. Berliner VGR-Kolloquium – Themenschwerpunkt Einkommensgrößen **5**
- ▮ 13. KOSIS-Gemeinschaftstagung in Potsdam **6**
- ▮ ISI2017: 61. ISI World Statistics Congress **7**

## Entwicklungen in der amtlichen Statistik

- ▮ Mikrozensus 2020: Die Weiterentwicklung des Systems der Haushaltsstatistiken **10**

## Statistik erklärt

- ▮ Pflegestatistik **35**

## Neuerscheinungen

- ▮ Gender Datenreport Berlin 2016 **11**
- ▮ Bestandsaufnahme zu möglichen Nachhaltigkeitsindikatoren Brandenburg **45**

## Historisches

- ▮ Von starken Differenzen zur Annäherung – Vergleich des Platzangebots in Berliner Kinderkrippen und Kindergärten 1989 und 2016 **50**

## Fachbeiträge

## Gesundheitswesen

- ▮ Die Entwicklung der stationären Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg **12**  
Katrin Möbius

## Fachgespräch mit Dr. Sabine Hermann

- „Die Wurzeln der Gesundheitsberichterstattung gehen bis ins 16. Jahrhundert zurück.“ **21**

- ▮ Anwendungsgebiete und Limitierungen der amtlichen Statistik für die regionale Versorgungsforschung

Ein Diskussionsbeitrag der AOK Nordost am Beispiel der koronaren Herzkrankheit **24**  
Boris Kauh, Werner Maier, Jürgen Schweikart, Jonas Pieper, Andrea Keste, Marita Moskwyn

## Öffentliche Sozialleistungen

- ▮ Die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der gesetzlichen Sozialleistungen **34**  
Peter Kuchta

- ▮ Sozialhilfe bleibt ein Element der Grundsicherung **40**  
Peter Kuchta

## Brandenburger Sozialindikatoren

Eine Säule der Sozialberichterstattung im Land Brandenburg **46**  
Cornelia Fischer

## Wahl zum 19. Deutschen Bundestag 2017

- ▮ Analyse der Wählerwanderung in Berlin **52**  
Birgit Pech

- ▮ Regionale Aspekte des Wahlergebnisses in Berlin **56**  
Kerstin Erfurth

## Wählerverhalten und soziales Umfeld in Berlin

– eine Aggregatdatenanalyse **59**  
Jörg Feilbach, Tobias Hannemann

## Wählerverhalten und soziales Umfeld im Land Brandenburg

– eine Aggregatdatenanalyse **65**  
Dorett Jenkel, Ricarda Nauenburg

## Volksentscheid über den Weiterbetrieb

des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) 2017

- ▮ Abstimmungsverhalten und soziales Umfeld – eine Aggregatdatenanalyse **70**  
Iris Hoßmann-Büttner



## Liebe Leserinnen und Leser,

Ausgabe 3/2017 der Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg widmet sich aus aktuellem Anlass gleich zwei wichtigen gesellschaftlichen Themen. Neben dem Schwerpunkt Gesundheit und Soziales werden die Ergebnisse der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag für Berlin und Brandenburg aus statistischer Sicht beleuchtet.

Nicht zuletzt die „Bürgersprechstunden“ während des Wahlkampfes zur Bundestagswahl haben gezeigt, dass den Menschen in Deutschland ihre gesundheitliche und soziale Versorgung und vor allem eine menschenwürdige Pflege im Alter sehr am Herzen liegen. Auch deshalb haben wir das Thema zum Schwerpunkt der aktuellen Ausgabe gemacht.

Die langfristige Entwicklung der stationären Gesundheitsversorgung seit Anfang der 1990er Jahre ist Thema eines Fachbeitrags, der

anhand von Zahlen der Krankenhaus- und Diagnosestatistik unter anderem ein Bild der Patientinnen und Patienten in beiden Ländern und ihrer Krankheiten zeichnet. Ein Gastbeitrag der AOK Nordost ordnet mithilfe statistischer Daten die Verbreitung koronarer Herzkrankheit unter den Versicherten in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern demografisch und sozio-ökonomisch ein und macht deutlich, welchen Beitrag die amtliche Statistik für eine zukunftsfähige Bedarfsplanung in der Gesundheitsversorgung leistet. Genauso lesenswert ist das Fachgespräch, dieses Mal geführt mit Dr. Sabine Hermann von der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin zum Thema Gesundheitsberichterstattung.

Gleich zwei Fachbeiträge beschreiben anhand der Pflege- und Sozialstatistik die Situation der gesetzlichen Sozialleistungen in den Ländern Berlin und Brandenburg. Zum einen wird neben der Zahl der Pflegebedürftigen die Entwicklung der ambulanten und die stationären Pflege seit dem Jahr 2005 unter die statistische Lupe genommen. Zum anderen wird der

Frage nachgegangen, wer in Berlin und Brandenburg Sozialhilfe bezieht, wie hoch die Bedarfe sind und in welchen Landkreisen bzw. Bezirken diese Menschen leben. Ergänzend stellt ein Beitrag des Landesamtes für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg die Sozialberichterstattung für Brandenburg vor. Auch hier wird die Rolle der amtlichen Statistik hervorgehoben.

Den zweiten thematischen Teil dieser Ausgabe bildet eine umfangreiche Analyse der Wählerschaft und ihrer Stimmabgabe zum 19. Deutschen Bundestag in Berlin und Brandenburg. Für die Betrachtung der Wählerwanderungen zwischen den Parteien sowie die punktgenaue grafische Darstellung der Wahlbeteiligung und der Zweitstimmenanteile kamen innovative Analyse- und Visualisierungstools zum Einsatz. Das soziale Umfeld der Stimmberechtigten zur Bundestagswahl in Berlin und Brandenburg sowie zum Berliner Volksentscheid über die Zukunft des Flughafens Berlin-Tegel (TXL) beleuchten drei weitere Fachbeiträge und kommen dabei zu interessanten Ergebnissen.

Eine informative Lektüre wünscht Ihnen

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'H. Bömermann'.

Hartmut Bömermann  
verantwortlicher Redakteur

## Kurzbericht

## Aserbaidsschanische Delegation zu Gast im AfS

von Janin Ryński

Am 18. Mai 2017 begrüßte das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) am Standort Berlin eine vierköpfige Delegation aus Baku/Aserbaidsschan. Im Rahmen eines EU-Twinning-Projekts, das vom Statistischen Bundesamt (StBA) betreut wird, nutzte der hochrangige Besuch vom aserbaidsschanischen Statistikamt die Gelegenheit, sich über die amtliche Statistik in der Bundesrepublik Deutschland zu informieren. Ringo Raupach, Referatsleiter der Abteilung *EU-Beitrittsländer, Europäische Nachbarschaftsländer, China, Entwicklungsländer* des StBA, begleitete die Gruppe. Darüber hinaus reiste ein Dolmetscher mit.

Die Delegation hatte sich bereits im StBA in Wiesbaden über dessen Aufbau und Tätigkeiten, die Kosten- und Leistungsrechnung sowie administrative Datenquellen informiert. Die Vortragenden des AfS steuerten in Berlin vertiefende Ausführungen zur Qualitätsberichterstattung, zum Mikrozensus, zum geografischen Bezugssystem und zu Methoden der Geheimhaltung bei.

Dr. Jörg Höhne, Abteilungsleiter Gesamtwirtschaft, hieß die Gäste willkommen. Er präsentierte das AfS und seine Aufgaben sowie den föderalen Aufbau der amtlichen Statistik in Deutschland und die Arbeitsteilung im Verbund. Anschließend brachte Birgit Pech, Referentin im Referat *Mikrozensus, Sozialberichte*, den Gästen die Methodik und die Art der Ergebnisveröffentlichung des Mikrozensus näher. Interessiert waren sie vor allem am Vorgehen bei Verweigerung der Befragung und bei Umzug oder Tod von Befragten. Im Anschluss wurden von Julia Höniger, Referatsleiterin *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Erwerbstätigkeit*,

unterschiedliche Methoden der statistischen Geheimhaltung vorgestellt. Dieses Thema brachte eine Vielzahl an Fragen und die Bitte nach weiterführender Literatur.

Am zweiten Tag des Aufenthalts in Berlin stellte Sabine Quaiser, Leiterin des Qualitätsmanagements im AfS, das Konzept der Qualitätsdatenblätter im Statistischen Verbund vor. Auch hier war das Interesse groß und die Resonanz durchweg positiv. Christoph Effing, Referent für das Sachgebiet *Regionales Bezugssystem und Georeferenzierung*, veranschaulichte in seinem Vortrag den Einsatz von geografischen Informationssystemen (GIS) in der Kommunalstatistik und die Entwicklung der Georeferenzierung in der amtlichen Statistik. Auch hier fragten die Gäste interessiert nach und wollten unter anderem wissen, welche persönlichen Daten je Adresse oder Planungsebene angezeigt werden können und wie oft Updates in den Programmen sowie Datenbeständen durchgeführt werden.

Kurze Zeit nach dem Besuch der Delegation aus Baku reiste Herr Effing im Rahmen des Twinning-Projekts für eine Woche nach Aserbaidsschan. Aufgabe ist es, eine GIS-basierte Anwendung für die Analyse und Verbreitung von räumlicher Statistik zu entwickeln.

Bereits seit 2013 arbeitet das StBA mit dem Staatlichen Statistikkomitee (SSC) der Republik Aserbaidsschan zusammen. Auch das AfS ist daran beteiligt, im Rahmen der Europäischen Nachbarschaftspolitik die Standards der aserbaidsschanischen Statistik an den Standard der Europäischen Union anzugleichen.

**Janin Ryński**, Diplom-Geographin, ist Sachbearbeiterin im Referat *Presse, Öffentlichkeitsarbeit* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.



v. l.: Lala Salamzade (SSC), Vugar Mammadalizade (SSC), Yusif Yusifov (Vizepräsident SSC), Ringo Raupach (StBA), Azim Gozalov (SSC), Rahib Gojayev (Dolmetscher) und Janin Ryński (AfS).

## Kurzbericht

## 21. Konferenz „Messung der Preise“

von Jörg Höhne und Elke Zimmer

Die Konferenz „Messung der Preise“, die vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg organisiert wird, findet an regelmäßig wechselnden Standorten statt. Die 21. Veranstaltung dieser Konferenzreihe wurde am 8. und 9. Juni 2017 im ehrwürdigen Louise-Schroeder-Saal im Berliner Rathaus durchgeführt. Die Tagung war wieder eine Plattform für einen regen Austausch zu Fragen der Preisstatistik zwischen der amtlichen Statistik als Datenproduzent und den Nutzerinnen und Nutzern der Preisstatistiken.

Das Themenspektrum war erneut breit um die Fragen der Preisstatistik gefächert. Aktuelle praktische Fragestellungen beschäftigten sich zum Beispiel mit der Berücksichtigung der veränderten Gesundheitsausgaben der Verbraucherinnen und Verbraucher durch das Pflegestärkungsgesetz II oder den Anforderungen und Möglichkeiten einer Nutzung von Scannerdaten als Informationsquelle für den Verbraucherpreisindex. Aber auch theoretische Fragestellungen, wie beispielsweise der Umgang mit Nullpreisen, wurden thematisiert. Unter Nullpreisen werden Leistungen verstanden, die im Basis- oder Berichtszeitraum kostenlos waren. Die Einführung einer Autobahnmaut, also die Erhebung eines Preises für eine vorher unentgeltliche

Leistung, ist ein aktuelles Beispiel dafür. Da bei der Datenerhebung das Autofahren im Warenkorb der Verbraucherinnen und Verbraucher berücksichtigt wird, müssen auch solche Effekte in der Verbraucherpreisentwicklung abgebildet werden.

Die internationalen Entwicklungen in der Preisstatistik werden durch die Ottawa-Group beobachtet. Diese Gruppe von Preisstatistikerinnen und -statistikern aus den OECD-Ländern beschäftigt sich mit einer Harmonisierung der Methodik zwischen ihren Ländern. Ein Bericht vom letzten Treffen der Gruppe war ebenfalls Thema der Veranstaltung.

Zu den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Tagung gehörten Beschäftigte der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder, von Statistik Austria und Eurostat. Vonseiten der Nutzerinnen und Nutzer nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Deutschen Bundesbank, der Europäischen Zentralbank, der Universität Trier und der Senatsverwaltung für Finanzen Berlin teil.

**Dr. Jörg Höhne** leitet die Abteilung *Gesamtwirtschaft* im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

**Elke Zimmer** leitet das Referat *Preise, Verdienste, Arbeitskosten* im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

Dr. Jörg Höhne (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) bedankt sich bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern für eine erfolgreiche Konferenz



Foto: Statistisches Bundesamt

Informationen zur Konferenz sowie die Vorträge sind abrufbar unter:

<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/home/messung-der-preise.asp>

## Kurzbericht

## 10. Berliner VGR-Kolloquium – Themenschwerpunkt Einkommensgrößen

von Julia Höninger und Jörg Höhne

Seit nunmehr zehn Jahren wird das VGR-Kolloquium vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) ausgerichtet. Die diesjährige Konferenz fand am 22. und 23. Juni im Louise-Schroeder-Saal im Berliner Rathaus statt und war thematisch den Einkommensgrößen in den Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen (VGR) gewidmet. Vertreterinnen und Vertreter aus Statistik, Wissenschaft und Politik tauschten sich über Konzepte, Methoden und aktuelle Analysen zu makroökonomischen Einkommensbegriffen aus.

Die Veranstaltung wurde durch eine Einordnung der Einkommensgrößen in die Abfolge der Sektorkonten eröffnet. Ein historischer Rückblick betonte, dass von den früheren drei Produktionsfaktoren Arbeit, Kapital und Boden nur noch die ersten zwei übrig geblieben sind. Dabei wurde überlegt, ob frühere Diskussionen um Rohstoffrenten auf die neuen digitalen Monopoleigentümer übertragbar wären.

Aus Sicht der Datenproduzenten wurden der von den VGR abweichende Einkommensbegriff in der Steuerstatistik sowie das Arbeitnehmerentgelt und seine Berechnung vorgestellt. Die Gegenüberstellung der Größe „verfügbares Einkommen nach Ausgaben und Verbrauchskonzept“ zeigte, dass für internationale Vergleiche das verfügbare Einkommen nach Verbrauchskonzept verwendet werden sollte, da sich die Sachleistungen des Staates, beispielsweise in den Bereichen Bildung und Gesundheit, international sehr unterscheiden. In einem weiteren Vortrag wurde argumentiert, warum die Lohnquote trotz statistischer Defizite eine wichtige verteilungspolitische Größe sei. Anhand des Zinseinkommens als Teilaggregat des Einkommens, wurde empirisch die unterschiedliche Bedeutung dieser Einkommensgröße für die Bürgerinnen und Bürger in Europa gezeigt und der Einfluss der einheitlichen europäischen Geldpolitik analysiert.

In Beiträgen außerhalb des diesjährigen Themenschwerpunktes beleuchteten die Referentinnen und Referenten die Herausforderungen bei der Aggregation nationaler Inlandsprodukte zu Ergebnissen für Afrika und seine Subkontinente sowie bei der Erfassung von illegalen ökonomischen Aktivitäten in den VGR in Europa.

Am VGR-Kolloquium teilgenommen haben neben Beschäftigten der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder und von Eurostat auch Expertinnen und Experten aus Landes- und Bundesministerien, der Deutschen Bundesbank sowie von Universitäten und Forschungsinstituten.

**Julia Höninger** leitet das Referat *Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Erwerbstätigkeit* im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.

**Dr. Jörg Höhne** leitet die Abteilung *Gesamtwirtschaft* im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg.



Prof. Dr. Michael Grömling (IW Köln) beantwortet im Anschluss an seinen Vortrag zur Lohnquote Fragen aus dem Publikum



Der Louise-Schroeder-Saal im Berliner Rathaus bildete den Rahmen für das 10. VGR-Kolloquium

Fotos: Heike Zimmermann

Informationen zur Konferenz sowie die Vorträge sind abrufbar unter:

<https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/home/vgr-kolloquium.asp>.

Seit 2015 erscheinen in Herausgeberschaft von Dr. Klaus Voy wieder Tagungsbände über die Berliner VGR-Kolloquien. Auch für das Kolloquium 2017 ist ein Tagungsband geplant.

## Kurzbericht

## 13. KOSIS-Gemeinschaftstagung in Potsdam

von Katja Niemann-Ahrendt

Die jährliche Tagung der KOSIS<sup>1</sup>-Gemeinschaften fand in diesem Jahr vom 21. bis 23. Juni in Brandenburgs Landeshauptstadt Potsdam statt. Die vom KOSIS-Verbund organisierte Veranstaltung bietet den Mitgliedern neben den obligatorischen Mitgliederversammlungen die Möglichkeit, sich in moderierten Workshops einen Überblick über die jeweiligen Projekte zu verschaffen, sich über aktuelle Entwicklungen und neue Programmversionen zu informieren und Erfahrungen auszutauschen.

Eröffnet wurde die Veranstaltung im Alten Rathaus von Potsdams Oberbürgermeister Jann Jakobs, der nicht nur die Schönheiten seiner Stadt, sondern auch die Relevanz der Arbeit des KOSIS-Verbundes und seiner Mitglieder hervorhob. Im Anschluss wurden die mittlerweile elf Gemeinschaftsprojekte vorgestellt. Die Anwesenden wurden über Projektziele informiert und erhielten einen Überblick über den Ablauf der Tagung. Zentraler Tagungsort war das Bildungsforum Potsdam.<sup>2</sup> Hier fanden die vielfältigen Workshops zum SIKURS-Bevölkerungsprognosemodell, zur Koordinierten Haushalts- und Bevölkerungsstatistik (HHStat), zum Projekt „Adresszentraldatei, Gebäudedatei und Kleinräumige Gliederung“ (AGK), dem DUVA-Informationssystem und anderen Gemeinschaftsprojekten sowie das Städtecafé, mit dem Ziel des informellen Erfahrungsaustauschs, statt. Die KOSIS-Mitgliederversammlung wurde am zweiten Tag im Filmuseum abgehalten.

Das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) war als Mitglied der KOSIS-Gemeinschaft SIKURS in der Mitgliederversammlung und in den dazugehörigen Workshops vertreten, die einen Einblick in das Programm für Neu-Mitglieder sowie Informationen über Programmneuerungen gaben. SIKURS ist ein Instrument zur Erstellung von kleinräumigen Bevölkerungsprognosen. Für eine bedarfsgerechte und kostensparende Infrastrukturplanung sind kleinräumige Bevölkerungsprognosen erforderlich. Damit können Entwicklungen und Entwicklungsbedingungen quantifiziert und der Politik die Möglichkeit gegeben werden, frühzeitig auf Veränderungen,

zum Beispiel in den Bereichen Schulen, Kindergärten und Versorgungseinrichtungen, zu reagieren. Zudem beteiligte sich das AfS als Mitglied des HHStat-Verbundes ebenfalls an der Mitgliederversammlung und an den Workshops. Die KOSIS-Gemeinschaft HHStat bietet auf dem Gebiet der Kommunalstatistik diverse Werkzeuge zum Bearbeiten von Meldedaten. Die Daten müssen plausibilisiert werden, es können Haushalte generiert oder der Migrationshintergrund abgeleitet werden. Im Rahmen des HHStat-Erfahrungsaustauschs konnte auch das AfS seinen Beitrag zu der Veranstaltung leisten. Jörn Ehlert, Referent im Referat Bevölkerung und Kommunalstatistik des AfS, stellte als fachlicher Ansprechpartner im HHStat-Workshop „Erfahrungsaustausch Einwohnerverfahren“ das Einwohnermeldeverfahren VOIS vor und zeigte Fehler in den Bestands- und Bewegungsdaten des Einwohnerregisters auf, die es in Absprache mit der betreuenden Stelle der Gemeinschaft, dem Landesamt für Bürger- und Ordnungsangelegenheiten (LABO) und dem Softwarehersteller HSH zu besprechen und beheben gilt. In Berlin erfolgte im Jahr 2016 der Umstieg der Meldeverfahrenssoftware von MESO auf VOIS.

Mit den angebotenen Veranstaltungen und nicht zuletzt einem attraktiven Rahmenprogramm ist es der KOSIS-Gemeinschaft in Zusammenarbeit mit der ausrichtenden Stadt Potsdam gelungen, eine lehrreiche und vielfältige Veranstaltung zu organisieren und durchzuführen.

**Katja Niemann-Ahrendt**, Diplom-Soziologin, ist Sachbearbeiterin im Referat *Bevölkerungs- und Kommunalstatistik* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

<sup>1</sup> Kommunales Statistisches Informationssystem (KOSIS)

<sup>2</sup> <http://www.bildungsforum-potsdam.de/>

## Kurzbericht

## ISI2017: 61. ISI World Statistics Congress

von **Holger Leerhoff**

Die zweijährlich veranstaltete Weltstatistikkonferenz des International Statistical Institute (ISI) fand in diesem Jahr in Marrakesch (Marokko) statt. Rund 2000 Statistikerinnen und Statistiker aus 120 Ländern und aus völlig unterschiedlichen Bereichen – wobei amtliche Statistik und Wissenschaft die größten Gruppen stellten – trafen vom 16. bis 21. Juli 2017 zusammen, um sich auszutauschen, Forschungsergebnisse zu präsentieren und über künftige Herausforderungen zu diskutieren. Mit mehr als 1200 vor dem Plenum oder in den über 300 Sessions präsentierten Fachbeiträgen wurde praktisch das gesamte Spektrum der Statistik abgedeckt.

Während, wie schon bei den vorhergehenden Konferenzen, die Themenkomplexe Big Data, Open Data und Statistical Literacy weiter eine wichtige Rolle spielten, wurden in diesem Jahr auch weitere Themenbereiche intensiv behandelt. So beschäftig-

ten sich viele Beiträge aus der amtlichen Statistik mit Aspekten der Dissemination und Vermarktung der Ergebnisse. So wurde die Notwendigkeit der nutzergerichten Angebote hervorgehoben, etwa eine stärkere Präsenz in den sozialen Medien, ein einfacher Webseitenaufbau, Suchmaschinenoptimierung und auch eine „frischere“ Präsentation der Ergebnisse. Auch der unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten attraktive Einsatz kostenloser Softwarepakete wie R in der amtlichen Statistik wurde in Hinblick auf die Chancen und Risiken in etlichen Beiträgen beleuchtet. Deutlich wurde auch, dass das Thema Georeferenzierung immer mehr an Stellenwert gewinnt.

**Dr. Holger Leerhoff**, Leiter des Referats Bildung, Bildungsanalysen, Gesundheitswesen im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS), präsentierte in einem Beitrag über Risikolagen für Bildung ausgewählte Ergebnisse der Indikatorenforschung für den Bericht *Bildung in Deutschland*, in dessen Autoren- und Arbeitsgruppen das AfS die Statistischen Ämter der Länder vertritt.

Weitere Informationen zur Weltstatistikkonferenz finden sich unter <http://payment.isi2017.org/>. Der 62. ISI World Statistics Congress findet vom 18.-23. August 2019 in Kuala Lumpur (Malaysia) statt.



Die Konferenz fand im Mövenpick Hotel Mansour Eddahbi & Palais des Congres Marrakech statt.

Fotos: Dr. Holger Leerhoff

## Entwicklungen in der amtlichen Statistik

### ─ Mikrozensus 2020: Die Weiterentwicklung des Systems der Haushaltsstatistiken

VON **Birgit Pech**

Der Mikrozensus (MZ) wird sich ab dem Jahr 2020 grundlegend verändern. Mit dem Inkrafttreten des neuen Mikrozensusgesetzes<sup>1</sup> am 1. Januar 2017 hat die Übergangsphase bis zum Systemstart für das Berichtsjahr 2020 begonnen. Im Folgenden wird ein Überblick über die Reform des Systems der Haushaltsstatistiken gegeben. Das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) bringt sich in den MZ 2020-Steuerungsgremien und durch umfangreiche Beiträge zur Programmierung des neuen IT-Systems aktiv in die Weiterentwicklung des neuen Mikrozensus ein.

#### **Die Ausgangslage: bisheriges System der Haushaltsstatistiken**

Zu den amtlichen Haushaltsstatistiken gehören der Mikrozensus mit der Arbeitskräftestichprobe der EU (Labour Force Survey/LFS), die EU-Gemeinschaftsstatistik über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) sowie die Erhebung über die private Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT). Auf diesen drei Haushaltsstatistiken liegt im Folgenden der Fokus, weil sie integrale Bestandteile des neuen Mikrozensus sein werden.

Im Rahmen des Mikrozensus wird jährlich rund 1% der Wohnbevölkerung in privaten Haushalten und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland befragt. 2016 waren es rund 365 700 Haushalte. Als Mehrthemenbefragung dient der Mikrozensus der Bereitstellung von Informationen zur wirtschaftlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Für den überwiegenden Teil der Merkmale besteht Auskunftspflicht. Neben einem Grundprogramm, welches jährlich erhoben wird, gibt es ein Zusatzprogramm (ZP) mit vierjährlich wechselnden Themenschwerpunkten.

In den Mikrozensus ist seit 1968 der Labour Force Survey integriert, welcher Informationen zur Erwerbstätigkeit für eine europäisch harmonisierte Berichterstattung erfasst. Da große Teile des LFS auch zum verpflichtenden Erhebungsprogramm des MZ gehören, besteht für den weit überwiegenden Teil der LFS-Erhebungsmerkmale ebenfalls Auskunftspflicht. Der EU-SILC dient der Bereitstellung EU-weit harmonisierter Mikrodaten zu Lebensbedingungen, Armut und sozialer Ausgrenzung. Hierzu werden derzeit in Deutschland jährlich rund 14 000 Haushalte auf freiwilliger Basis befragt. Schließlich geben im Rahmen der EU-weit harmonisierten IKT-Erhebung jährlich rund 12 000 Haushalte freiwillig zu ihrer Ausstattung mit Informations- und Kommunikationstechnologien sowie zur Nutzung des Internets Auskunft.

Die genannten Haushaltserhebungen werden aktuell als eigenständige Erhebungen durchgeführt. Allerdings bestehen Verbindungen, insbesondere hinsichtlich gemeinsamer Merkmale sowie der Verwendung des Mikrozensus als Auswahl- und Hochrechnungsrahmen. Zudem dient die Dauerstichprobe befragungsbereiter Haushalte (DSP), welche zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Mikrozensus angeworben werden, als Grundlage für die EU-SILC- und auch die IKT-Stichprobenziehung. Letztere ist zurzeit noch als Quotenstichprobe konzipiert.

#### **Neue Anforderungen und Reformbedarf**

Bereits heutige Anforderungen an die Qualität der Erhebungen können im bestehenden System immer schwerer umgesetzt werden. Mit Blick auf die Auswahlgrundlage für den EU-SILC und auch die IKT-Erhebung ist die DSP aufgrund der geringen Teilnahmeraten und einer hohen Selektivität mit Qualitätsproblemen behaftet. Personen mit Migrationshintergrund oder niedrigem formalem Bildungsstand beispielsweise sind deutlich unterrepräsentiert.

Zusätzlich werden neue strenge Anforderungen auf die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder im Bereich der Haushaltsstatistiken zukommen. Mit Blick auf EU-Anforderungen müssen spätestens für 2020 die Ergebnisse aus LFS und EU-SILC in hinreichender Präzision auf NUTS 2-Ebene verfügbar sein, da sie zur Bemessung der Förderung aus den EU-Regional- und Strukturfonds verwendet werden. Für den LFS sind zukünftig rund 154 000 Haushalte nicht mehr – wie bisher – einmal, sondern in der Regel zweimal jährlich zu befragen. Die IKT ist ab 2021 als Zufallsstichprobe mit Vorgaben für NUTS-1- und NUTS-2-Förderregionen<sup>2</sup> zu realisieren. Darüber hinaus will die Bundesregierung verstärkt arbeitsmarkt- und sozialpolitische Indikatoren als Basis für die Evaluation einsetzen.

Die Statistischen Ämter des Bundes und der Länder stellen sich diesen Anforderungen mit einer Weiterentwicklung des Systems der Haushaltsstatistiken zum neuen Mikrozensus (MZ 2020), die auf einen integrierten Ansatz setzt, Potenziale für

<sup>1</sup> Gesetz zur Durchführung einer Repräsentativstatistik über die Bevölkerung und die Arbeitsmarktbeteiligung sowie die Wohnsituation der Haushalte (Mikrozensusgesetz – MZG) vom 7. Dezember 2016 (BGBl. I S. 2826).

<sup>2</sup> Die NUTS-Klassifikation (Systematik der Gebietseinheiten für die Statistik) ist ein hierarchisches System zur Untergliederung des Gebiets der Europäischen Union.

Synergieeffekte ausschöpft und Belastungen für die Bevölkerung möglichst minimiert. Das neue, unbefristete Mikrozensusgesetz, das seit 2017 in Kraft ist, regelt die rechtlichen Vorgaben für den neuen Mikrozensus und die Übergangsphase bis 2020. Wesentliche Elemente der zukünftigen Erhebung werden im Folgenden skizziert.

### Der Mikrozensus 2020 im Überblick

Beginnend mit dem ersten Erhebungsjahr 2020 wird die Mikrozensususerhebung als eine integrierte Haushaltserhebung auf der Basis einer gemeinsamen Zufallsstichprobe durchgeführt. Neben dem Kernprogramm des MZ und dem LFS werden der EU-SILC und die IKT-Erhebung als zusätzliche Erhebungsteile in den neuen Mikrozensus integriert.

Das zukünftige Kernprogramm wird weiterhin mit einem Auswahlatz von 1% der Wohnbevölkerung realisiert, allerdings ab 2020 mit deutlich verschlanktem Merkmalskranz (ca. 50 % des bisherigen MZ/LFS-Merkmalsumfangs).<sup>3</sup> Erfragt werden nur Merkmale, für die für Auswertungszwecke in fachlicher und regionaler Hinsicht weiterhin ein sehr großer Stichprobenumfang realisiert werden muss.

Der LFS wird ab 2020 innerhalb einer Substichprobe durchgeführt (Auswahlatz max. 0,45 %). Ab diesem Zeitpunkt rotieren zugleich die Haushalte in der LFS-Substichprobe unterjährig. Das bedeutet, dass diese Haushalte – bei weiterhin maximal vier Befragungen – bis zu zweimal im Jahr befragt werden, um Veränderungen am Arbeitsmarkt im Laufe eines Jahres besser abbilden zu können.

Auch der EU-SILC und die IKT-Befragung werden als Substichproben realisiert (EU-SILC: max. 0,12 %; IKT: ca. 0,056 % bzw. netto max. 0,035 %).<sup>4</sup> Anders als bisher der Fall, wird der EU-SILC dem Grundsatz nach mit Auskunftspflicht belegt, um verschärfte Präzisionsanforderungen erfüllen zu können und Verzerrungen in Form eines „Freiwilligenbias“ zu vermeiden.<sup>5</sup> Aufgrund weniger strenger Anforderungen an die IKT-Erhebung seitens Eurostat bleibt diese auch im neuen Mikrozensus eine freiwillige Erhebung. Das Kernprogramm, EU-SILC und IKT rotieren im bisher für den Mikrozensus üblichen Rhythmus, werden also als jährlich rotierendes Vierjahrespanel realisiert.<sup>6</sup>

Die Substichproben (LFS, EU-SILC, IKT) sind überschneidungsfrei, das heißt, ein Haushalt wird maximal zum Kern und zu einer der drei Teilerhebungen befragt. Ebenfalls um die Belastung der Befragten möglichst gering zu halten, soll es mit deren Zustimmung und in geeigneten Fällen möglich sein, Informationen aus der Vorbefragung zu nutzen und im Rahmen der aktuellen Befragung nur noch abgleichen zu lassen (Dependent Interviewing).

Zudem ist ein erweiterter Mix an Erhebungsinstrumenten geplant: Zusätzlich zur persönlichen oder telefonischen Befragung und zur Option, einen Papierfragebogen selbst auszufüllen, wird es möglich sein, die Fragen online zu beantworten.

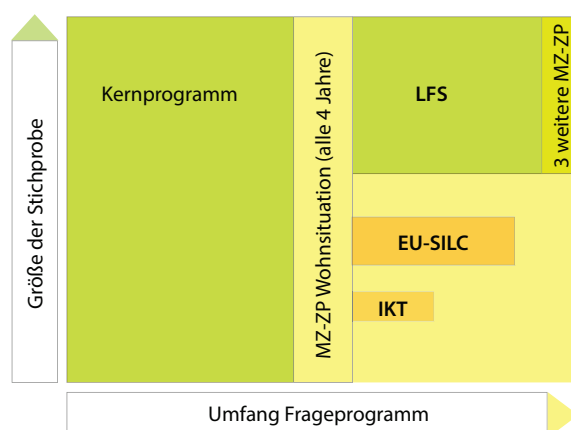
Ähnlich wie bisher der Fall, wird die neue Mikrozensususerhebung im Grundsatz gleichmäßig über alle Kalenderwochen des Jahres durchgeführt.<sup>7</sup> Mit der Neukonzeption wird die Erhebung jedoch auf eine feste Berichtswoche umgestellt. Das bedeutet, die Auskünfte werden nicht mehr über die Kalenderwoche vor der Befragung erhoben – wobei die Erreichbarkeit, zum Beispiel je nach Ferienzeit, variieren kann –, sondern zu einer festen Kalenderwoche, um saisonbedingte Schwankungen zu reduzieren.

Dieses integrierte, modulare System erlaubt ein gemeinsames Erhebungsmanagement und gemeinsame Auswertungsverfahren, die auch die Kohärenz der Teilergebnisse untereinander verbessern werden. Die Vorbereitung, Umsetzung und Auswertung erfolgt mit der Unterstützung eines vollständig neu programmierten IT-Systems. Für 2019 ist ein umfangreicher Organisations- und Funktionstest mit den neu entwickelten IT-Komponenten geplant, damit der Übergang zum Systemstart 2020 reibungslos vonstattengehen kann.

### Ausgewählte Neuerungen bei den Merkmalen

Der neue Mikrozensus soll unter anderem eine verbesserte Datenbasis zur Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund bereitstellen. Nach der jüngsten Definition des Statistischen Bundesamts hat eine Person einen Migrationshintergrund, „wenn sie selbst oder mindestens ein Elternteil die deutsche Staatsangehörigkeit nicht durch Geburt besitzt“<sup>8</sup>. Um diesen Personenkreis abgrenzen zu

a | MZ 2020 Im Überblick: Grundmodell



3 Personen in Gemeinschaftsunterkünften erhalten bereits seit Anfang 2017 ein besonders stark verkürztes Frageprogramm, das nur noch von der Unterkunftsebene zu beantworten ist, welche die Bewohner informieren muss.

4 Die genannten Auswahlätze gelten für die NUTS-0-Ebene (Deutschland). Auf den darunter liegenden Ebenen variieren sie unterschiedlich stark, insbesondere in Abhängigkeit von den Präzisionsanforderungen seitens Eurostat.

5 Wenn EU-SILC-Befragungspersonen bei einer Wiederholungsbefragung aus den Auswahlbezirken fortgezogen sind, werden sie, wie bisher schon beim EU-SILC der Fall, zur Erstellung eines echten Panels „nachverfolgt“ und dann auf freiwilliger Basis befragt.

6 Auch in Zukunft wird es alle vier Jahre im Wechsel ein Mikrozensus-Zusatzprogramm geben, wobei die Wohnsituation im Rahmen der 1%-Stichprobe erfragt wird, die drei weiteren Zusatzprogramme (Schichtarbeit und Gesundheit, Krankenversicherung, Pendler)

sind angedockt an die reduzierte LFS-Substichprobe. 7 EU-SILC-Erhebungsmerkmale werden jedoch nur in den Monaten Februar bis Juli erhoben. Die Befragung zum Erhebungsteil IKT startet im März und endet im Juli eines Erhebungsjahres.

8 Statistisches Bundesamt (2016): Fachserie 1 Reihe 2.2 Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2015, Wiesbaden, S. 4.

können, sind demnach Elterninformationen erforderlich. Sofern die Eltern nicht im gleichen Haushalt lebten, wurden im Mikrozensus bis 2016 jedoch nur alle vier Jahre entsprechende Elterninformationen erfragt. Das heißt, der Migrationshintergrund, wie oben definiert, war in den Zwischenjahren nur ermittelbar, wenn Eltern im gleichen Haushalt wohnten. Hierdurch wurde die zweite Generation der Menschen mit Migrationshintergrund nicht hinreichend erfasst. Dagegen wird seit 2017 die Elterninformation auch für Eltern, die nicht im gleichen Haushalt leben, jährlich erhoben. Außerdem neu im Kernprogramm ist die differenzierte Frage nach dem Geburtsstaat, nach dem Grund des Zuzugs und der im Haushalt vorwiegend gesprochenen Sprache.

Mit der Integration des EU-SILC ab 2020 wird der neue Mikrozensus zudem stärker als bisher das Themengebiet Armut und soziale Ausgrenzung beleuchten. Differenzierter als bisher werden Einkommensquellen, erhaltene und geleistete Zahlungen und das Ausmaß der materiellen Deprivation („Entbehrung“) erfasst: Mangelsituationen werden durch die Abfrage nach einem Katalog von Gütern identifiziert, die den durchschnittlichen Lebensstandard kennzeichnen. Beispiele sind die finanziellen Möglichkeiten, Mieten oder Versorgungsrechnungen rechtzeitig zu bezahlen, unerwartet anfallende Ausgaben zu bestreiten oder sich ein Auto oder eine einwöchige Ferienreise leisten zu können. Über das vierjährige Zusatzprogramm zur Wohnsituation hinaus wird auch die EU-SILC-Unterstützungsprobe Fragen zur Wohnsituation enthalten.

Mit der IKT-Unterstützungsprobe, aber auch mit dem neuen Kernprogramm wird sich die Informationsbasis zu Themenfeldern wie Internetzugang, Internetnutzung oder der maximalen Datenübertragungsrate an der Haushaltsanschrift verbessern. Weitere Beispiele für neue bzw. differenzierter erhobene Merkmale sind die Kinderbetreuung und die Barrierefreiheit im Zusatzprogramm Wohnen.

## Zusammenfassung

Die skizzierten Reformen ermöglichen es, neuen nationalen und internationalen Anforderungen an den Datenkranz des neuen Mikrozensus gerecht zu werden (erhöhte Präzision, verbesserte Repräsentativität, schnellere Bereitstellung), dabei aber die Belastung der Befragten in vertretbarem Rahmen zu halten und die Kosten durch die Nutzung einer gemeinsamen Infrastruktur zu begrenzen.

Dies wird dazu beitragen, die Datengrundlage für arbeitsmarkt- und sozialpolitische Indikatoren auf nationaler und EU-Ebene zu verbessern, einschließlich einer Steigerung der Kohärenz und erweiterten Auswertungsmöglichkeiten zwischen den integrierten Haushaltsstatistiken.

Der Fokus liegt dabei gemäß den skizzierten neuen Anforderungen auf der Verbesserung der Datenbasis bis zur NUTS-2-Ebene. Bei den tief gegliederten, kleinräumigen Auswertungsmöglichkeiten können sich durch die teils geringeren Auswahlsätze Einschränkungen ergeben. Neue Analyseverfahren wie die Small Area Estimation sollen helfen, die Genauigkeit von Ergebnissen für kleinere Gebietseinheiten zu verbessern.

Abzuwarten bleibt, wie die neue Auskunftspflicht für den EU-SILC und die neu eingeführten unterjährigen Wiederholungsbefragungen im LFS von den Befragten angenommen werden. Auch an die Interviewerinnen und Interviewer sowie die Beschäftigten in den Statistischen Ämtern wird die Komplexität des neuen Systems erhöhte Anforderungen stellen.

Bei unveränderten Rahmenbedingungen können die zusätzlichen Anforderungen an die Datenbasis jedoch nicht mehr umgesetzt werden. Ausbleibende Reformen würden zudem zu Mehrkosten und zusätzlichen Belastungen für die Bevölkerung führen. An der Notwendigkeit des MZ 2020 besteht daher kein Zweifel. Die Schwerpunkte liegen nun auf der Optimierung der konkreten Ausgestaltung, einem reibungslosen Systemstart 2020 und einer erfolgreichen Gestaltung des neuen Mikrozensus.

Als Mikrozensus-Patenland und als Entwickler auch der bisherigen Organisationssoftware für den Mikrozensus verfügt das AfS über langjährige Fachkompetenzen und Erfahrungen. In die Weiterentwicklung zum neuen Mikrozensus bringt es sich sowohl in den MZ-2020-Steuerungsgremien als auch durch umfangreiche Beiträge zur Programmierung des neuen IT-Systems aktiv ein.

**Birgit Pech** ist Referentin im Referat *Mikrozensus, Sozialberichte* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg und stellte den Mikrozensus 2020 im Rahmen eines öffentlichen Statistischen Kolloquiums am 5. April 2017 am Standort Berlin des AfS vor.

## Neuerscheinung

## Gender Datenreport Berlin 2016

Der Gender Datenreport bietet jährlich aktualisierte, geschlechterdifferenzierte Daten zu den wichtigsten Bereichen der Gesellschaft. Neben Angaben zur Entwicklung der Berliner Bevölkerung werden die Themenbereiche Bildung, Erwerbstätigkeit, Einkommen, Lebensunterhalt, Gesundheit und politische Partizipation für beide Geschlechter ausgewertet. Der Bericht, den die Berliner Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung in Zusammenarbeit mit dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) herausgibt, erschien nunmehr in der achten Ausgabe. Er verarbeitet die Daten des Jahres 2015. Der Report wird jährlich aktualisiert und ermöglicht damit auch längerfristige Vergleiche zu gleichstellungspolitischen Rahmenbedingungen und Entwicklungen.

Einige Schlaglichter aus dem Inhalt:

Bei den **Bildungsabschlüssen** haben die Berlinerinnen die Nase vorn: Mehr Frauen als Männer besitzen die allgemeine Hochschulreife (48 % zu 45 %) oder einen Hochschulabschluss (32 % zu 30 %). Besonders deutlich ist der Vorsprung in der jüngeren Bevölkerung: In der Altersgruppe der 25- bis 35-Jährigen weisen 38 % der Frauen einen Hochschulabschluss auf gegenüber nur 33 % der gleichaltrigen Männer.

Frauen stellten 2015 auch 45 % des **wissenschaftlichen und künstlerischen Personals** an Berliner Hochschulen und jeweils etwa die Hälfte derer, die 2015 promovierten bzw. sich in einer Juniorprofessur für eine Lehrbefähigung qualifizierten. Allerdings sind nur 31 % der Professuren von Frauen besetzt. Damit belegt Berlin zwar im bundesweiten Gleichstellungsranking seit Jahren eine Spitzenposition, Gleichstellung ist aber noch nicht erreicht. Der Senat unterstützt die Hochschulen unter anderem mit dem Berliner Chancengleichheitsprogramm, um mehr Professorinnen zu gewinnen.

Auf dem **Arbeitsmarkt** setzt sich die seit 2005 positive Entwicklung fort. Die Erwerbstätigenquote der Frauen stieg auf 66 %, die der Männer auf 71 %. In Berlin sind Frauen mit Kindern in der Mehrheit erwerbstätig, zunehmend auch alleinerziehende Frauen (59 %). Allerdings arbeiten sie viel häufiger in Teilzeit (37 %) als Männer (19 %). Auch ist der Anteil der Frauen unter den geringfügig Beschäftigten höher (53 %).

Noch immer verdienen Frauen im Durchschnitt auch weniger als Männer. So erzielten von allen Erwerbstätigen 35 % der Männer, aber nur 24 % der Frauen **Einkommen** von mehr als 2 000 Euro monatlich. Bei den abhängig Beschäftigten ist die Differenz in den Monats- bzw. Jahreseinkommen mit 20 % (2015) ebenfalls hoch. Zudem dominieren Frauen vor allem in Bereichen mit geringen Durchschnittseinkommen, wie Gesundheit, Soziales sowie Erziehung und Unterricht. Dazu kommt, dass sie dort 22 % weniger in der Stunde verdienen als Männer. Die größten Verdienstunter-

schiede sind in den freiberuflichen wirtschaftlichen und technischen Dienstleistungen zu verzeichnen (26 %). In engem Zusammenhang mit **Bildung und Erwerbstätigkeit** steht die persönliche Lebensführung von Frauen und Männern. In Familien mit minderjährigen Kindern waren 2015 nur noch 51 % der Eltern verheiratet (Deutschland: 69 %). Rund ein Drittel war alleinerziehend (Deutschland: 20 %).



Der Gender Datenreport für die Jahre 2009–2016 steht im Internet unter [www.statistik-berlin-brandenburg.de/gender](http://www.statistik-berlin-brandenburg.de/gender) zum kostenfreien Download zur Verfügung.

## Gesundheitswesen

## Die Entwicklung der stationären Gesundheitsversorgung in Berlin und Brandenburg

von **Katrin Möbius**

Neben der ambulanten Versorgung, beispielsweise durch die zahlreichen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte, ist die stationäre Versorgung der Bevölkerung in Krankenhäusern und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen ein wichtiger Leistungsträger des Gesundheitswesens in Berlin und Brandenburg. Dies wird unter anderem daran deutlich, dass allein im Jahr 2015 rein rechnerisch etwa ein Viertel der Bevölkerung in einer der regionalen Einrichtungen behandelt wurde. Im Folgenden wird die aktuelle stationäre gesundheitliche Versorgung in beiden Ländern statistisch beleuchtet und mit der Situation Anfang der 1990er Jahre verglichen.

### Vorbemerkungen

Die folgenden Ausführungen basieren auf den Daten der amtlichen Krankenhausstatistik. Sie ist eine jährliche Totalerhebung von Daten über Krankenhäuser sowie Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, ihrer organisatorischen Einheiten, personalen und sachlichen Ausstattung sowie der von ihnen erbrachten Leistungen. Daneben werden Angaben über die Zahl der Behandlungsfälle, die zum stationären Aufenthalt führenden Erkrankungen sowie über Krankenhauskosten erhoben.

Die Ergebnisse dieser Statistik liefern detaillierte Informationen über die Struktur des Leistungsangebots der stationären Versorgung und schaffen somit die Basis für gesundheitspolitische Betrachtungen und Entscheidungen des Bundes und der Länder. Neben der Unterstützung der an der Krankenhausplanung und -finanzierung beteiligten Behörden und Institutionen bei der Ermittlung des Bedarfs an Krankenhausleistungen bildet sie die Basis für gesundheitspolitische Untersuchungen.

Die gesetzliche Grundlage ergibt sich aus der Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV)<sup>1</sup> und dem Bundesstatistikgesetz (BStatG)<sup>2</sup>. Darüber hinaus kommen unter anderem auch das Sozialgesetzbuch V (SGBV)<sup>3</sup>, das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG)<sup>4</sup> und das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG)<sup>5</sup> zur Anwendung.

Das SGBV definiert in § 107 Krankenhäuser und Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen wie folgt:

- **Krankenhäuser** im Sinne dieses Gesetzbuchs sind Einrichtungen, die der Krankenhausbehandlung oder Geburtshilfe dienen, fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.
- **Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen [...]** sind Einrichtungen, die der stationären Behandlung der Patienten dienen, um eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führen würde, zu beseitigen oder einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken (Vorsorge) oder eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern oder im Anschluss an Krankenhausbe-

1 Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730), die durch Artikel 1 der Verordnung vom 10. Juli 2017 (BGBl. I S. 2300) geändert worden ist.

2 Gesetz über die Statistik für Bundeszwecke (Bundesstatistikgesetz – BStatG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 20. Oktober 2016 (BGBl. I S. 2394).

3 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)

4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Kran-

kenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886), das durch Artikel 6 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.

5 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422), das zuletzt durch Artikel 8c des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2615) geändert worden ist.

handlung den dabei erzielten Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen, auch mit dem Ziel, eine drohende Behinderung oder Pflegebedürftigkeit abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder ihre Folgen zu mildern (Rehabilitation), [...], die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sind, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen und in denen die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

### Weniger Betten bei steigender Zahl der Behandlungsfälle

In Berlin sind auf einer Fläche von knapp 900 km<sup>2</sup> rund 3,5 Mill. Einwohner stationär zu versorgen. Hier befinden sich neben den Möglichkeiten der medizinischen Grundversorgung spezialisierte Einrichtungen der Hochleistungsmedizin sowie Zentren für Spezialfälle, wie etwa Transplantationen, Querschnittlähmung, Schwerbrandverletzte, Aids, Onkologie und Neonatologie.

Die medizinische Versorgung im Flächenland Brandenburg ist hingegen auf einem wesentlich größeren Gebiet von annähernd 30 000 km<sup>2</sup> für rund 2,5 Mill. Einwohner abzusichern, insbesondere durch Grund-, Regel- und Schwerpunktversorgung. In Brandenburg standen seit 1990 die Sicherung bzw. der Ausbau bestehender Versorgungsstrukturen im Vordergrund der Gesundheitspolitik, um eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und gleichwertige Versorgung in allen Regionen des Landes zu gewährleisten.

Bei der Planung der Gesundheitsversorgung in beiden Ländern wurde in Fachgremien und Arbeitsgruppen eng zusammengearbeitet. Dabei wurden gemeinsame länderübergreifende Versorgungsschwerpunkte erarbeitet und festgelegt, wie beispielsweise die wechselseitige Inanspruchnahme hoch spezialisierter Behandlungsangebote insbesondere an Berliner Kliniken. Im Land Brandenburg hingegen wurde die, auch von vielen Berlinerinnen und Berlinern mitgenutzte, Landschaft der Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen ausgebaut.

2015 gab es in Berlin 81 Krankenhäuser mit 19 975 Betten und mehr als 44 000 Beschäftigten sowie drei Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen (Tabelle 1). Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in Krankenhäusern stieg von 630 084 im Jahr 1991 auf 825 288 in 2015 und damit um 31%. Die Anzahl der Häuser und Betten ist jedoch im gleichen Zeitraum zurückgegangen; im Jahr 1991 gab es noch 39 895 betriebsbereit aufgestellte Betten in den damals 104 Berliner Krankenhäusern.

In Brandenburg standen im Jahr 2015 in den 56 Krankenhäusern 15 305 Betten bereit, die Einrichtungen beschäftigten fast 26 000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als ärztliches bzw. nichtärztliches Personal. Zusätzlich gab es 27 Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen mit insgesamt 5 258 Betten. Die Zahl der vollstationären Behandlungsfälle in den Krankenhäusern ist von 385 886 in 1991 auf 564 722 im Jahr 2015 und damit um 46 % angestiegen. Die Zahl der Krankenhäuser und -betten ist im gleichen Zeitraum wie auch in Berlin zurückgegangen; 1991 verfügte das Land Brandenburg noch über 22 918 Betten in den damals 67 Krankenhäusern.

Während also 1991 für 10 000 Berlinerinnen und Berliner noch 116 Betten in Krankenhäusern zur Verfügung standen, war es 2015 mit 57 Betten nur noch knapp die Hälfte. In Brandenburg sank die Zahl von 89 auf annähernd 62 Betten je 10 000 Einwohner. Gegenständig gestaltete sich der Trend bei der Anzahl der in Krankenhäusern behandelten Patientinnen und Patienten: Die Fallzahl ist seit 1991 sehr stark angestiegen, in Berlin um ca. 31 % und in Brandenburg sogar um gut 46 %. Möglich ist dies durch die im gleichen Zeitraum stetig sinkende durchschnittliche Verweildauer der Kranken. In Berlin sank diese von 19,9 Tagen in 1991 um annähernd zwei Drittel auf 7,4 Tage im Berichtsjahr 2015. In Brandenburg halbierte sich die Verweildauer der Patientinnen und Patienten von 15,7 Tagen auf 7,9 Tage (Tabelle 2).

1 | Stationäre Einrichtungen und Betten 1991 bis 2015 in Berlin und im Land Brandenburg

Jahr	Berlin				Brandenburg			
	Kranken- häuser	Betten	Vorsorge- oder Reha- einrich- tungen	Betten	Kranken- häuser	Betten	Vorsorge- oder Reha- einrich- tungen	Betten
	Anzahl							
1991 ...	104	39 895	2	•	67	22 918	8	768
1992 ...	98	37 896	2	•	66	21 002	7	735
1993 ...	98	36 783	2	•	64	18 687	7	790
1994 ...	96	35 612	2	•	60	17 535	21	3 195
1995 ...	97	33 785	2	•	60	16 967	25	3 930
1996 ...	68	28 823	2	•	59	16 879	28	4 932
1997 ...	68	26 469	2	•	58	16 802	29	5 272
1998 ...	73	25 110	2	•	55	16 569	29	5 701
1999 ...	74	24 170	3	•	53	16 430	28	5 405
2000 ...	76	23 287	2	•	54	16 288	28	5 629
2001 ...	70	22 620	2	•	53	16 134	28	5 663
2002 ...	67	21 404	3	307	51	16 058	28	5 711
2003 ...	69	20 991	3	307	49	15 664	28	5 625
2004 ...	71	20 531	3	307	47	15 534	28	5 582
2005 ...	71	20 350	3	329	47	15 424	28	5 565
2006 ...	72	19 859	2	318	47	15 390	27	5 356
2007 ...	71	19 627	2	338	47	15 342	27	5 304
2008 ...	74	19 407	2	340	50	15 242	27	5 169
2009 ...	79	19 668	3	616	52	15 269	30	5 344
2010 ...	79	19 782	3	621	52	15 244	30	5 415
2011 ...	79	19 905	3	640	53	15 242	29	5 337
2012 ...	81	20 133	3	636	54	15 278	29	5 377
2013 ...	81	20 070	3	636	55	15 191	29	5 324
2014 ...	80	20 021	3	636	56	15 290	27	5 234
2015 ...	81	19 975	3	586	56	15 305	27	5 258

Die Gründe für diese Entwicklungen sind neben dem generellen medizinischen und medizinisch-technischen Fortschritt auch in der demografischen Entwicklung zu finden: Je älter die Bevölkerung, desto häufiger treten (stationäre) Behandlungsanlässe auf. Der medizinisch-technische Fortschritt, beispielsweise durch den Anstieg minimal-invasiver Eingriffe, führt jedoch gleichzeitig neben der geringeren Belastung für die Patientinnen und Patienten zu einer kürzeren Aufenthaltsdauer im Krankenhaus. Ebenso kann die kürzere Verweildauer auch zu Leistungsverlagerungen führen, indem die Patientinnen und Patienten eventuell eher in die stationäre oder ambulante Rehabilitationseinrichtung wechseln oder in die häusliche Pflege entlassen werden können.

### Sinkende Zahl der Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft

Eine weitere auffällige Veränderung in der Krankenhauslandschaft der Länder Berlin und Brandenburg ist hinsichtlich der Krankenhaus-trägerschaft zu beobachten. 1992 gab es in Berlin 21 Häuser in öffentlicher Trägerschaft<sup>6</sup>, die knapp 57% (21 503) der Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung bereitstellten (Abbildung a). 2015 gab es nur noch drei Häuser in öffentlicher Trägerschaft, die aber immerhin noch 39% (7 727) der Betten vorhielten. Zwischen Träger und Größenstruktur eines Krankenhauses

besteht also ein deutlicher Zusammenhang. Sehr große Einrichtungen, beispielsweise Universitätskliniken, sind meist in öffentlicher Hand, die kleinen Einrichtungen werden oft privat geführt. Während auch die Anzahl der Häuser in freigemeinnütziger Trägerschaft um 41% sank, stieg der Anteil der privaten Träger von 21% auf fast 56% an der Gesamtzahl der Berliner Krankenhäuser.

Das Bild in Brandenburg ist ähnlich: Die Anzahl der Häuser in öffentlicher Trägerschaft sank anteilig von 73% auf 39%, diese Häuser hielten aber 2015 dennoch 54% der Betten in Brandenburg vor. Während die Anzahl der Häuser in freigemeinnütziger Trägerschaft gleich blieb, stieg die der Einrichtungen in privater Trägerschaft von drei im Jahr 1992 auf 19 in 2015 an.

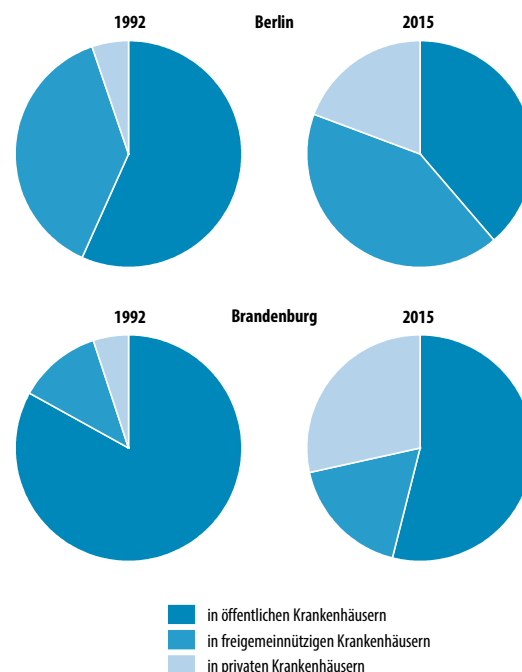
### Die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Fachrichtung Innere Medizin

Die stationäre Versorgung der 2015 insgesamt rund 1,4 Mill. Patientinnen und Patienten in Berlin und Brandenburg erforderte einen hohen Personaleinsatz. In Berlin waren 8 897 Ärztinnen und Ärzte und 35 797 Fachkräfte des nichtärztlichen Dienstes an Krankenhäusern hauptberuflich beschäftigt (Tabellen 3 und 4). Daneben waren 242 Belegärztinnen und -ärzte, 135 Zahnärztinnen und -ärzte, 2 649 Auszubildende und 41 Beleghebammen angestellt. Damit

## 2 | Fallzahlen, Berechnungs- und Belegungstage und durchschnittliche Verweildauer in Krankenhäusern 1991 bis 2015 in Berlin und im Land Brandenburg

Jahr	Berlin			Brandenburg		
	Fallzahl	Berechnungs-/Belegungstage	Durchschnittliche Verweildauer	Fallzahl	Berechnungs-/Belegungstage	Durchschnittliche Verweildauer
	Anzahl	Tage		Anzahl	Tage	
1991 ...	630 084	12 540	19,9	385 886	6 058	15,7
1992 ...	642 217	12 238	19,1	405 287	5 705	14,1
1993 ...	637 698	11 797	18,5	409 659	5 155	12,6
1994 ...	640 684	11 273	17,6	420 181	4 972	11,8
1995 ...	632 886	10 725	16,9	434 727	4 968	11,4
1996 ...	639 187	8 840	13,8	447 312	4 913	11,0
1997 ...	649 244	7 876	12,1	463 210	4 933	10,6
1998 ...	677 818	7 727	11,4	475 247	4 992	10,5
1999 ...	692 263	7 400	10,7	486 030	4 991	10,3
2000 ...	697 609	7 085	10,2	492 835	4 920	10,0
2001 ...	690 244	6 696	9,7	504 258	4 842	9,6
2002 ...	694 028	6 457	9,3	515 933	4 819	9,3
2003 ...	691 115	6 221	9,0	519 341	4 687	9,0
2004 ...	691 224	6 065	8,8	508 267	4 497	8,8
2005 ...	691 869	5 984	8,6	517 800	4 498	8,7
2006 ...	694 518	5 848	8,4	514 918	4 447	8,6
2007 ...	705 203	5 871	8,3	522 746	4 432	8,5
2008 ...	716 081	5 825	8,1	527 795	4 481	8,5
2009 ...	736 112	5 834	7,9	537 074	4 484	8,3
2010 ...	755 185	5 897	7,8	538 880	4 480	8,3
2011 ...	771 418	5 981	7,8	544 582	4 425	8,1
2012 ...	782 745	6 034	7,7	548 334	4 416	8,1
2013 ...	794 009	6 022	7,6	556 606	4 386	7,9
2014 ...	813 799	6 068	7,5	563 411	4 405	7,8
2015 ...	825 288	6 124	7,4	564 722	4 438	7,9

## a | Anteil der vollstationär aufgestellten Betten in Berliner und Brandenburger Krankenhäusern 1992 und 2015 nach Trägern



<sup>6</sup> Das Erhebungsmerkmal Trägerschaft wird in Brandenburg erst seit 1992 erhoben.

### 3 | Hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte in Berliner und Brandenburger Krankenhäusern am 31. Dezember 2015 nach Gebietsbezeichnung und Stellung

Gebiets- bezeichnung	Berlin					Brandenburg				
	ins- gesamt	darunter				ins- gesamt	darunter			
		Leitende Ärzte		Oberärzte			Leitende Ärzte		Oberärzte	
		männlich	weiblich	männlich	weiblich		männlich	weiblich	männlich	weiblich
Allgemeinmedizin.....	49	4	4	4	2	38	–	1	1	3
Anästhesiologie.....	799	42	12	129	74	490	39	9	136	62
Anatomie.....	7	2	–	–	–	–	–	–	–	–
Arbeitsmedizin.....	5	1	1	1	–	2	–	–	–	1
Augenheilkunde.....	54	11	2	9	18	21	3	2	1	7
Biochemie.....	7	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Chirurgie.....	683	98	3	215	65	452	72	5	168	29
Diagnostische Radiologie.....	226	32	5	52	36	85	17	4	17	18
Frauenheilkunde und Geburtshilfe.....	235	24	10	33	54	157	21	11	21	29
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.....	58	8	–	14	8	64	9	2	18	2
Haut- und Geschlechtskrankheiten.....	42	2	3	9	4	11	2	2	3	2
Herzchirurgie.....	24	3	–	3	–	24	2	–	12	2
Humangenetik.....	8	6	1	–	–	–	–	–	–	–
Hygiene und Umweltmedizin.....	11	–	1	1	4	–	–	–	–	–
Innere Medizin.....	1 131	128	27	290	135	624	84	17	178	108
Kinderchirurgie.....	36	6	2	7	2	10	2	2	-	5
Kinderheilkunde.....	260	19	5	43	32	136	21	5	20	23
Kinder- und Jugendpsychiatrie.....	31	5	1	6	11	22	2	2	2	6
Klinische Pharmakologie.....	5	3	–	–	–	–	–	–	–	–
Laboratoriumsmedizin.....	17	4	1	2	3	5	2	–	–	–
Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie.....	24	5	2	2	1	4	–	1	–	2
Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie.....	28	11	–	5	1	12	4	–	5	2
Nervenheilkunde.....	7	1	–	1	1	3	–	–	1	–
Neurochirurgie.....	67	11	–	20	5	37	6	1	13	5
Neurologie.....	159	24	4	49	16	135	17	2	43	30
Neuropathologie.....	3	2	–	1	–	–	–	–	–	–
Nuklearmedizin.....	14	3	1	1	1	8	3	–	2	1
Orthopädie.....	110	27	4	40	5	115	13	1	42	5
Pathologie.....	38	9	1	8	6	11	2	1	4	–
Pharmakologie und Toxikologie.....	7	1	1	–	–	–	–	–	–	–
Physikalische und Rehabilitative Medizin.....	15	3	–	–	3	12	2	–	2	3
Physiologie.....	9	5	–	–	–	1	–	–	–	–
Plastische Chirurgie.....	58	7	3	18	9	14	4	–	5	3
Psychiatrie und Psychotherapie.....	204	23	7	51	33	144	15	6	35	44
Psychotherapeutische Medizin Psychosomatik	37	8	3	4	7	5	1	–	1	1
Rechtsmedizin.....	5	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Strahlentherapie.....	19	1	1	5	–	25	4	–	6	2
Transfusionsmedizin.....	15	–	–	3	–	–	–	–	–	–
Urologie.....	78	12	–	25	5	68	15	–	28	2
Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung	4 589	555	105	1 055	542	2 738	363	74	764	397
Ärzte ohne bzw. in einer ersten Weiterbildung	4 308	–	–	–	–	1 953	–	–	–	–
Hauptamtliche Ärzte	8 897	555	105	1 055	542	4 691	363	74	764	397

### 4 | Hauptamtliches nichtärztliches Personal in Berliner und Brandenburger Krankenhäusern am 31. Dezember 2015 nach Funktionsbereichen

Funktionsbereich — Personalgruppe/Berufsbezeichnung	Berlin			Brandenburg		
	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich	ins- gesamt	männ- lich	weib- lich
Pflegedienst (Pflegebereich).....	16 724	2 807	13 917	11 155	1 329	9 826
Medizinisch-technischer Dienst.....	7 872	1 164	6 708	3 721	353	3 368
Funktionsdienst.....	5 794	1 045	4 749	3 289	384	2 905
Klinisches Hauspersonal.....	283	35	248	196	12	184
Wirtschafts- und Versorgungsdienst.....	1 137	447	690	697	237	460
Technischer Dienst.....	558	487	71	256	224	32
Verwaltungsdienst.....	2 976	834	2 142	1 507	280	1 227
Sonderdienste.....	266	88	178	97	21	76
Sonstiges Personal.....	187	42	145	214	57	157
Hauptamtliches nichtärztliches Personal	35 797	6 949	28 848	21 132	2 897	18 235

stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu 1991 um 17%, während die des nichtärztlichen Personals um gut 38% sank. Beim Personal im Pflegedienst fiel der Personalabbau mit 27% hingegen geringer aus.

Hinsichtlich der Fachdisziplinen waren die meisten Ärztinnen und Ärzte an Berliner Krankenhäusern in der Inneren Medizin (1131) beschäftigt, gefolgt von der Anästhesie (799) und der Chirurgie (683). Das nichtärztliche Personal setzte sich zu rund 47% aus Beschäftigten im Pflegedienst, zu 22% aus Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst und zu 16% aus Beschäftigten im Funktionsdienst zusammen. Weitere 15% des hauptamtlichen nichtärztlichen Personals waren 2015 auf die Personalgruppen klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Sonderdienste und sonstiges Personal verteilt.

In Brandenburg waren 4 691 Ärztinnen und Ärzte und 21 132 Fachkräfte des nichtärztlichen Personals an Krankenhäusern hauptberuflich beschäftigt. Daneben waren 31 Belegärztinnen und -ärzte, sechs Zahnärztinnen und -ärzte, 2 002 Auszubildende und 43 Beleghebammen eingesetzt. Damit stieg die Zahl der Ärztinnen und Ärzte im Vergleich zu 1991 um rund 77%, während die des nichtärztlichen Personals um gut 11% sank. Hinsichtlich der Fachdisziplinen waren auch an Brandenburger Krankenhäusern die meisten Ärztinnen und Ärzte in der Inneren Medizin (624) beschäftigt, gefolgt von der Anästhesie (490) und der Chirurgie (452). Das nichtärztliche Personal an Brandenburger Krankenhäusern setzte sich zu rund 53% aus Beschäftigten im Pflegedienst, zu

18% aus Beschäftigten im medizinisch-technischen Dienst und zu 16% aus Beschäftigten im Funktionsdienst zusammen. Weitere 13% des hauptamtlichen nichtärztlichen Personals waren 2015 auf die Personalgruppen klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Sonderdienste und sonstiges Personal verteilt.

Während beim ärztlichen Personal die männlichen Beschäftigten, insbesondere bei den leitenden Ärzten und Oberärzten deutlich überwogen, ist das Verhältnis beim nichtärztlichen Personal, vor allem im Pflegedienst, gegensätzlich. 81% der in diesem Bereich Beschäftigten in Berlin waren Frauen, 86% in Brandenburg, im Pflegedienst sogar 83% bzw. 88%. Lediglich im technischen Dienst überwogen die männlichen Beschäftigten.

### Personalbelastungszahl: Fälle je Vollkraft seit 1991 mehr als verdoppelt

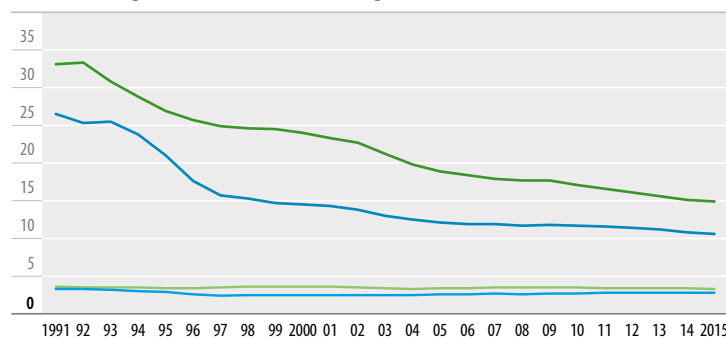
Ein Vergleich der Personalausstattung der Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg kann mit Hilfe der Personalbelastungszahl (PBZ) erfolgen. Die PBZ bezogen auf vollstationär belegte Betten gibt an, wie viele belegte Betten eine Vollkraft durchschnittlich pro Arbeitstag zu versorgen hat. Ein belegtes Krankenhausbett erfordert 24 Stunden Betreuung pro Tag. Eine Vollkraft steht jedoch an durchschnittlich 220 Arbeitstagen im Jahr acht Stunden täglich zur Verfügung. Eine Berechnungsmethode auf der Grundlage der Jahresarbeitszeit soll dem Rechnung tragen:

PBZ belegte Betten =

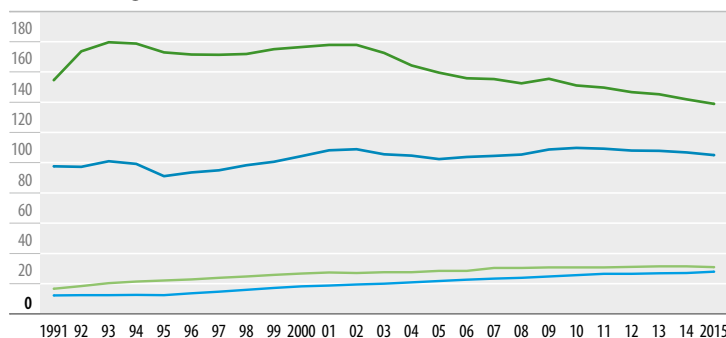
Berechnungs-/Belegungstage x 24 h / Vollkräfte x 220 Arbeitstage / Jahr x 8 h

### b | Personalbelastungszahlen 1991 bis 2015 in Berliner und Brandenburger Krankenhäusern nach Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft...

... zu versorgenden vollstationär belegten Betten<sup>1</sup>



... zu versorgenden vollstationären Fällen<sup>2</sup>



**Berlin**  
— hauptamtliche Ärzte  
— nichtärztliches Personal<sup>3</sup>

**Brandenburg**  
— hauptamtliche Ärzte  
— nichtärztliches Personal<sup>3</sup>

<sup>1</sup> pro Arbeitstag – Berechnung:  
(Berechnungs-/  
Belegungstage x 24 h)/  
Vollkräfte x 220 Arbeitstage/  
Jahr x 8 h

<sup>2</sup> im Berichtsjahr – Berechnung:  
Behandlungsfälle (Fallzahl)/  
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

<sup>3</sup> einschließlich Schüler und  
Auszubildende

Die PBZ bezogen auf die Fallzahl gibt an, wie viele Behandlungsfälle eine Vollkraft im Jahresdurchschnitt zu betreuen hat. Die Dauer des Aufenthaltes in der Einrichtung geht in die Berechnung dieser Kennziffer nicht ein:

PBZ vollstationäre Fälle =  
Behandlungsfälle (Fallzahl)/Vollkräfte im Jahresdurchschnitt

Wie zu erwarten, ist die PBZ nach Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft zu versorgenden vollstationär belegten Betten vor allem beim ärztlichen Personal deutlich gesunken (Abbildung b). Ein Grund dafür ist die stark gesunkene Anzahl der Krankenhausbetten. Gleichzeitig stieg die Zahl der beschäftigten Ärztinnen und Ärzte von 1991 bis 2015 an, in Berlin um 17% und in Brandenburg sogar um rund 77%. Beim nichtärztlichen Personal sank die PBZ je Bett nicht so deutlich, da auch die Zahl der Beschäftigten in Berlin um gut 38% und in Brandenburg um rund 11% gesunken ist.

Deshalb ist auch die PBZ nach Anzahl der durchschnittlich je Vollkraft zu versorgenden vollstationären Fälle je Ärztin/Arzt in Berlin im gleichen Zeitraum leicht gestiegen und in Brandenburg mäßig gesunken. Beim nichtärztlichen Personal hat sich die Belastung für die Beschäftigten durch die steigenden Fallzahlen in Verbindung mit dem erfolgten Personalabbau in beiden Ländern annähernd verdoppelt.

### Anteil der Patientinnen und Patienten im Alter von 15 bis unter 65 Jahren in Berlin am höchsten

Seit dem Berichtsjahr 1993 werden im Rahmen der Krankenhausstatistik jährlich auch Daten zu den Krankenhausaufenthalten der vollstationären Patientinnen und Patienten<sup>7</sup> erhoben. Die Hauptdiagnosen werden nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD-10), verschlüsselt.

Von den 837 049 Patientinnen und Patienten, die 2015 in Berliner Krankenhäusern behandelt wurden, waren 442 783 Frauen und 394 266 Männer. Rund 16% wohnten nicht in Berlin. 55 535 waren unter 15 Jahre alt, weitere 418 636 im Alter von 15 bis unter 65 Jahren und 362 878 waren 65 Jahre und älter. Es kamen 28 323 gesunde Neugeborene zur Welt; 14 011 Mädchen und 14 312 Jungen. Insgesamt 287 435 Patientinnen und Patienten wurden während ihres Aufenthaltes operiert. 18 042 Menschen verstarben 2015 in Berliner Krankenhäusern.

Tabelle 5 zeigt die fünf häufigsten Gründe (Hauptdiagnosen) im Jahr 2015, die einen vollstationären Aufenthalt in einem Berliner Krankenhaus notwendig machten.

### 5 Die fünf häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen 2015 in Berlin nach Altersgruppen und Geschlecht

Rang	Diagnose	Fälle
<b>männlich</b>		
unter 15 Jahre		
1	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05-P08)...	2 700
2	Verletzungen des Kopfes (S00-S09).....	1 787
3	Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09).....	1 357
4	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22).....	1 333
5	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	1 109
15 bis unter 65 Jahre		
1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).....	12 717
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	9 145
3	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	7 152
4	Hernien (K40-K46).....	5 746
5	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	5 307
65 Jahre und älter		
1	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	15 720
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	13 573
3	Bösartige Neubildungen der Verdauungsorgane (C15-C26).....	5 814
4	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I79).....	5 737
5	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69).....	5 142
<b>weiblich</b>		
unter 15 Jahre		
1	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05-P08)...	2 551
2	Verletzungen des Kopfes (S00-S09).....	1 287
3	Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09).....	1 130
4	Sonstige akute Infektionen der unteren Atemwege (J20-J22).....	885
5	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39)	837
15 bis unter 65 Jahre		
1	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60-O75).....	19 853
2	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30-O48).....	14 967
3	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80-N98).....	7 419
4	Gutartige Neubildungen (D10-D36).....	6 440
5	Entbindung (O80-O82).....	5 569
65 Jahre und älter		
1	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	16 873
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	8 066
3	Arthrose (M15-M19).....	5 877
4	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69).....	5 864
5	Verletzungen der Hüfte und des Oberschenkels (S70-S79).....	5 461

<sup>7</sup> Zu den vollstationären Behandlungsfällen werden ausschließlich die vollstationär aufgenommenen Patientinnen und Patienten (Fälle) gezählt. Hier sind auch die Stundenfälle enthalten. Teilstationär oder ambulant behandelte Patientinnen und Patienten sowie gesunde Neugeborene bleiben unberücksichtigt. Mehrfach im Jahr vollstationär behandelte Patientinnen und Patienten werden auch mehrfach gezählt.

## 6 Die fünf häufigsten Diagnosen für Krankenhausbehandlungen 2015 im Land Brandenburg nach Altersgruppen und Geschlecht

Rang	Diagnose	Fälle
<b>männlich</b>		
unter 15 Jahre		
1	Verletzungen des Kopfes (S00-S09).....	1 933
2	Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09).....	1 647
3	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39).....	1 325
4	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06).....	1 185
5	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05-P08).....	1 179
15 bis unter 65 Jahre		
1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19).....	9 417
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	5 691
3	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	5 228
4	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54).....	3 971
5	Krankheiten der Gallenblase, der Gallenwege und des Pankreas (K80-K87).....	3 115
65 Jahre und älter		
1	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	13 459
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	8 585
3	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69).....	4 385
4	Verdauungsorgane (C15-C26).....	4 057
5	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I79).....	3 525
<b>weiblich</b>		
unter 15 Jahre		
1	Infektiöse Darmkrankheiten (A00-A09).....	1 503
2	Verletzungen des Kopfes (S00-S09).....	1 491
3	Störungen im Zusammenhang mit der Schwangerschaftsdauer und dem fetalen Wachstum (P05-P08).....	1 070
4	Sonstige Krankheiten der oberen Atemwege (J30-J39).....	1 007
5	Akute Infektionen der oberen Atemwege (J00-J06).....	964
15 bis unter 65 Jahre		
1	Betreuung der Mutter im Hinblick auf den Feten und die Amnionhöhle sowie mögliche Entbindungskomplikationen (O30-O48).....	6 775
2	Komplikationen bei Wehentätigkeit und Entbindung (O60-O75).....	6 009
3	Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54).....	4 214
4	Nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes (N80-N98).....	4 007
5	Entbindung (O80-O82).....	3 938
65 Jahre und älter		
1	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52).....	15 271
2	Ischämische Herzkrankheiten (I20-I25).....	5 378
3	Arthrose (M15-M19).....	5 376
4	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69).....	4 997
5	Hypertonie [Hochdruckkrankheit] (I10-I15).....	4 502

## Anteil der Patientinnen und Patienten im Alter von 65+ in Brandenburg am höchsten

Im Land Brandenburg waren von den 564 449 Patientinnen und Patienten 290 810 Frauen und 273 639 Männer. Im Gegensatz zu Berlin waren nur knapp 8 % nicht in Brandenburg zu Hause. Gut 7 % (40 443) waren unter 15 Jahre alt, weitere 45 % (253 112) im Alter von 15 bis unter 65 Jahren. 270 894 oder 48 % der Patientinnen und Patienten waren 65 Jahre und älter. Es wurden 10 344 gesunde Kinder geboren; 5 131 Mädchen und 5 213 Jungen. Insgesamt 155 021 Patientinnen und Patienten wurden während ihres Aufenthaltes operiert, 13 262 Menschen verstarben 2015 in Brandenburger Krankenhäusern.

Die fünf häufigsten Gründe, aus denen 2015 ein vollstationärer Krankenhausaufenthalt in Brandenburger Krankenhäusern notwendig wurde, stellt Tabelle 6, getrennt nach Altersgruppen und Geschlecht, dar.

## Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen

Wie bereits in Tabelle 1 dargestellt, gab es bei der Entwicklung der Landschaft der Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Berlin und Brandenburg nach der Kooperationsvereinbarung zwischen den beiden Ländern seit dem Jahr 1994 keine größeren Umbrüche. Aufgrund der geringen Anzahl an Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Berlin wird im Folgenden ausschließlich auf die Daten der Brandenburger Einrichtungen eingegangen.

Die 2015 zur Verfügung stehenden 27 Brandenburger Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen verfügten über 5 258 Betten und behandelten 66 448 Patientinnen und Patienten. Gegenüber 1994 (21 Häuser) entsprach das einem Patientenanstieg von 124 %. 18 Einrichtungen standen unter privater Trägerschaft, vier wurden von öffentlicher Hand und fünf freigemeinnützig betrieben. Die meisten Betten (1 634) sowie Patientinnen und Patienten (26 900) gab es 2015 in der Fachabteilung Orthopädie, gefolgt von der Fachabteilung für Innere Medizin mit 13 266 Betten und 19 472 Fällen. Die durchschnittliche Verweildauer betrug 26,8 Tage, wobei die Fachabteilung Sucht mit 78,3 Tagen die längste und die Kardiologie mit 21,2 Tagen die kürzeste durchschnittliche Verweildauer aufwies. Die Einrichtungen beschäftigten 2015 hauptamtlich 410 Ärztinnen und Ärzte sowie 3 397 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im nichtärztlichen Dienst (Abbildung c).

# 7 | Aus Brandenburger Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen entlassene vollstationäre Behandlungsfälle<sup>1</sup> 2015 nach Diagnosekapiteln, Altersgruppen und Geschlecht

ICD-10	Diagnosekapitel — Behandlungsanlass	Altersgruppen von ... Jahr(en)					
		unter 1	1 bis unter 15	15 bis unter 45	45 bis unter 65	65 bis unter 75	75 und älter
insgesamt							
A00-T98	Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen.....	108	947	6 666	28 331	10 646	11 033
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten.....	–	3	12	30	11	14
C00-D48	Neubildungen.....	1	38	353	2 685	1 813	1 446
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems ....	–	2	8	12	2	1
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.....	–	7	239	851	41	30
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen.....	–	215	2 668	5 939	127	38
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems.....	4	360	349	751	340	304
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde.....	–	–	2	8	4	6
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes.....	–	1	2	6	2	–
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	5	30	475	4 826	2 334	2 637
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems.....	–	1	8	136	113	104
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems.....	–	3	112	373	70	68
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut.....	–	2	39	224	7	4
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.....	–	39	1 858	10 923	4 902	5 122
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems.....	–	–	–	6	2	6
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett .....	–	–	–	1	–	–
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben.....	16	6	–	–	–	–
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.....	74	187	78	37	6	3
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.....	1	5	34	141	49	68
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.....	7	48	429	1 382	823	1 182
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen...	–	1	153	1 114	619	776
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke.....	–	–	–	1	–	1
darunter weiblich							
A00-T98	Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen.....	52	407	3 583	14 981	5 619	6 703
A00-B99	Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten.....	–	2	4	18	4	9
C00-D48	Neubildungen.....	1	17	232	1 493	831	834
D50-D90	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems ....	–	2	6	10	1	–
E00-E90	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten.....	–	5	74	279	13	12
F00-F99	Psychische und Verhaltensstörungen.....	–	100	1 537	3 830	72	25
G00-G99	Krankheiten des Nervensystems.....	3	149	152	318	141	139
H00-H59	Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde.....	–	–	2	4	2	2
H60-H95	Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes.....	–	–	–	3	1	–
I00-I99	Krankheiten des Kreislaufsystems.....	–	13	188	1 408	863	1 257
J00-J99	Krankheiten des Atmungssystems.....	–	–	6	55	51	49
K00-K93	Krankheiten des Verdauungssystems.....	–	–	52	178	33	40
L00-L99	Krankheiten der Haut und der Unterhaut.....	–	1	33	155	4	2
M00-M99	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes.....	–	24	1 084	6 486	3 067	3 465
N00-N99	Krankheiten des Urogenitalsystems.....	–	–	–	5	–	3
O00-O99	Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett .....	–	–	–	1	–	–
P00-P96	Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben.....	10	2	–	–	–	–
Q00-Q99	Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien.....	35	77	48	26	3	1
R00-R99	Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind.....	–	1	17	73	19	40
S00-T98	Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen.....	3	14	148	639	514	825
Z00-Z99	Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen...	–	–	62	414	276	443
U00-U99	Schlüsselnummern für besondere Zwecke.....	–	–	–	–	–	–

1 einschließlich Sterbefälle

Die meisten Patientinnen und Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen in Brandenburg waren 2015 im Alter von 45 bis unter 65 Jahre. Während bei den Patientinnen und Patienten im Alter von über 45 Jahren mehrheitlich Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes zum Aufenthalt in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen führten, waren die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden unter 45 Jahre überwiegend aufgrund psychischer und Verhaltensstörungen in Behandlung (Tabelle 7). 53% der Patientinnen und Patienten wohnten nicht in Brandenburg, 35% von ihnen kamen aus Berlin.

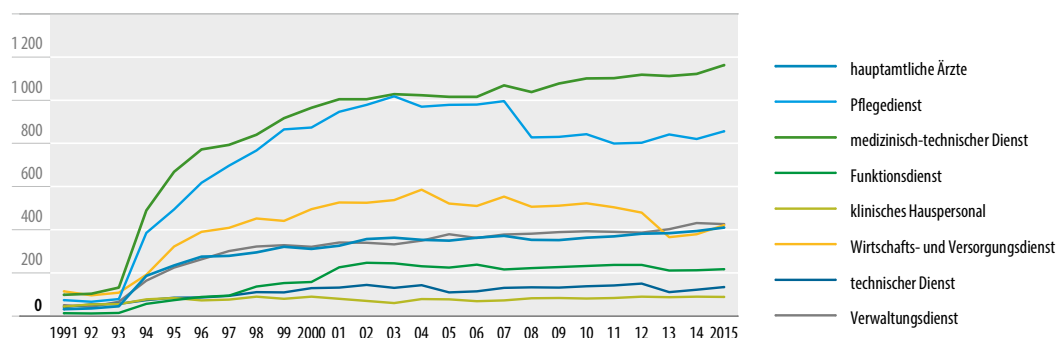
### Fazit

Die stationäre Versorgung in Berlin und Brandenburg hat sich seit 1991 sowohl hinsichtlich des Angebots als auch der Inanspruchnahme von Leistungen verändert. Die Ursachen für diese Veränderungen sind vielfältig und reichen vom medizinisch-technischen Fortschritt über politische Veränderungen, insbesondere in der Nachwendezeit, Änderungen in den Abrechnungsverfahren bis hin zu demografischen Faktoren, wie steigender Lebenserwartung.

Es ist zu vermuten, dass sich dieser Trend fortsetzt. Zu beobachten und darzustellen, inwieweit es zu einer weiteren Verringerung der Verweildauer und damit zu Folgeerscheinungen wie der Verschlan-  
kung der Krankenhauslandschaft oder Fusionen mit einhergehendem Bettenabbau kommt, ist auch in Zukunft Aufgabe der amtlichen Krankenhausstatistik. Damit wird den Entscheidungsträgerinnen und -trägern der Länder Berlin und Brandenburg sowie des Bundes weiterhin eine verlässliche Datenbasis für gesundheitspolitische Entscheidungen zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus soll mit der anstehenden Novellierung der Krankenhausstatistikverordnung, unter anderem durch eine detailliertere Erhebung des Personals, geholfen werden, Personal-mangel frühzeitig zu erkennen und der Politik ermöglicht werden, die Einrichtungen der stationären Versorgung langfristig bei der Personalplanung und -ausbildung und der Anwerbung ausländischer Fachkräfte effektiv und zukunftsorientiert zu unterstützen.

**Katrin Möbius** ist Sachgebietsleiterin im Referat *Bildung, Bildungsanalysen, Gesundheitswesen* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

### c | Hauptamtliches Personal in Brandenburger Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen 1991 bis 2015 nach Funktionsbereichen



## Fachgespräch mit Dr. Sabine Hermann

### ■ „Die Wurzeln der Gesundheitsberichterstattung gehen bis ins 16. Jahrhundert zurück.“



**Dr. Sabine Hermann**, Leiterin der Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin

#### Sie sind in der Senatsverwaltung für Gesundheit, Pflege und Gleichstellung Berlin fachlich zuständig für die Berliner Gesundheitsberichterstattung. Welche Aufgaben umfasst Ihr Arbeitsgebiet?

Ich leite seit 1996 die Arbeitsgruppe Gesundheitsberichterstattung in der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung des Landes Berlin. Dazu gehört die Erarbeitung von Berichtskonzepten, die Abstimmung mit Datenproduzenten, die Gewinnung von Kooperationspartnern und die Projektleitung für die eigentliche Erstellung der Gesundheitsberichte. Die in einem bewährten Team von Gesundheitswissenschaftlern, Informatikern und Verwaltungsmitarbeitern erarbeiteten Ergebnisse stelle ich der Öffentlichkeit, Fachgremien und auf wissenschaftlichen Veranstaltungen vor.

Eine besondere Herausforderung stellt für mich immer wieder die methodische Beratung anderer

Fachbereiche zur Verwendung und Interpretation der Ergebnisse sowie die Verzahnung mit Planungsprozessen, wie den Gesundheitszielen, dar.

#### Wann und mit welchem Ziel wurde die Gesundheitsberichterstattung ins Leben gerufen?

Die Wurzeln der Gesundheitsberichterstattung gehen bis ins 16. Jahrhundert zurück. Zu dieser Zeit setzte sich in Europa die Registrierung von Todesfällen durch, Seuchen sollten rechtzeitig erkannt und durch sanitätspolitische Abwehrmaßnahmen eingedämmt werden. Der Berliner Pfarrer, Statistiker und Demograf Johann Peter Süßmilch ließ bereits im 18. Jahrhundert untersuchen, ob Seuchen mit den Lebensbedingungen der Menschen zusammenhängen. Die institutionellen Wurzeln des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Deutschland gehen auf das Jahr 1849 zurück: In Preußen wurde ein eigenes Ministerium für Medizinalangelegenheiten eingerichtet, in dem regelmäßig die gesundheitlichen Verhältnisse beobachtet und über Geburten, Sterbefälle, Trauungen und Todesursachen berichtet wurde.

Ein wichtiger Meilenstein für die heutige systematische Gesundheitsberichterstattung auf Bundes- und Landesebene und die thematische Vielfalt – Gesundheitszustand und -verhalten, Leistungs- und Kostentransparenz – wurde zu Beginn der 1990er Jahre durch eine konzertierte Aktion im Gesundheitswesen gelegt. Seitdem ist die Gesundheitsberichterstattung als eigenständiges

Berichtssystem etabliert und regelmäßiges Thema der jährlichen Gesundheitsministerkonferenzen. Es erfolgen Anpassungen an aktuelle gesundheitspolitische Themen wie die Gesundheitszieleprozesse sowie an veränderte Datenbestände, wie zum Beispiel die Einführung eines neuen Pflegebegriffs in der Pflegestatistik.

#### Welche ist aus Ihrer Sicht die wichtigste Funktion der Gesundheitsberichterstattung?

Die Gesundheitsberichterstattung beschreibt die gesundheitliche Situation und ihre sozialen Determinanten in Berlin und zeigt Gesundheitsrisiken unterschiedlicher Zielgruppen (zum Beispiel Kindern, Menschen im Erwerbsalter und älteren Menschen) im Zeitverlauf und in den verschiedenen Regionen der Stadt auf. Sie bildet damit die empirische Grundlage für Entscheidungen der Politik und fungiert als gesundheitspolitisches Steuerungsinstrument. Beispielsweise fließen die regelmäßig vorgelegten Ergebnisse der Sozialstrukturberechnungen unmittelbar in die Verteilung von personellen und infrastrukturellen Ressourcen Berlins, wie der bezirklichen Versorgungssteuerung in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung und der Planung der psychiatrischen Versorgung, ein.

### **Grundlage der Gesundheitsberichterstattung sind unter anderem Daten der amtlichen Statistik. Welche Daten erhalten Sie vom Amt für Statistik Berlin-Brandenburg?**

| Die Gesundheitsberichterstattung des Landes Berlin orientiert sich für das regelmäßige Monitoring am Indikatorensatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) beschlossen wurde und der Vergleichbarkeit der Länder dient. Standard ist hierbei die alters-, geschlechter- und migrantensensible Betrachtung ebenso wie der zeitliche und räumliche Vergleich.

Wesentliche Datengrundlagen bilden die vom AfS bereitgestellten Statistiken über Bevölkerung, Todesursachen, Krankenhausdiagnosen, Schwangerschaftsabbrüche, Behinderte und Pflegebedürftige, Straßenverkehrsunfälle sowie die Krankenhausgrunddaten (Verweildauer, Bettenauslastung, Beschäftigte, Kosten). Seit vielen Jahren bestehen dazu Liefervereinbarungen zwischen dem AfS und der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung.

### **Wie steht es um die Gesundheit der Berlinerinnen und Berliner?**

| Die mittlere Lebenserwartung der Berlinerinnen und Berliner entspricht mit 83 bzw. 78 Jahren dem Wert für Deutschland insgesamt. Sie hat in den letzten zehn Jahren durchschnittlich um 1,5 Jahre zugenommen. Dieser positiven Entwicklung steht jedoch die wachsende Zahl chronischer Erkrankungen gegenüber. Zu ihnen zählen Herz-Kreislauf-Erkrankungen, wie koronare Herzkrankheit und Schlaganfall, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen, aber auch chronische Muskel-Skelett-Erkrankungen sowie psychische Erkrankungen. Bereits bei den unter 65-Jährigen bestimmen

chronische Erkrankungen das Krankheitsgeschehen und dominieren die vorzeitige Sterblichkeit. Sie haben deshalb enorme volkswirtschaftliche Bedeutung, ausgedrückt zum Beispiel in Behandlungskosten, Arbeitsunfähigkeit, Schwerbehinderung sowie Frühberentung. Sie beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit.

Ein Zugewinn an Zahl und Qualität von Lebensjahren wird zukünftig nur durch eine Reduzierung chronischer Erkrankungen möglich sein. Zum Vergleich: Anfang des 19. Jahrhunderts starb über die Hälfte der Menschen in Deutschland an übertragbaren Infektionskrankheiten, heute sind es nur noch 2 %. Auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen entfallen heute drei Viertel aller Todesfälle.

### **Welche Erkenntnisse sind besonders spannend?**

| Der Schwerpunkt unseres letzten Basisberichts lag – passend zum Gesundheitsziel „Gesund aufwachsen“ – auf der Betrachtung des Schwangerschafts- und Geburtsgeschehens sowie dem ersten Lebensjahr. In Berlin wurden 2015 rund 38 000 Kinder lebend geboren. Damit ist Berlin neben Hamburg das einzige Bundesland, das seit Jahren einen Geburtenüberschuss zu verzeichnen hat.

Kinder und Säuglinge gelten als die gesündeste Population. Berlin überzeugt hier bereits bei der Säuglingssterblichkeit: Seit Jahren gehören wir zu den Bundesländern mit der niedrigsten Säuglingssterblichkeit. Im Jahr 2014 lag die Rate bei 2,8 Gestorbenen je 1 000 Lebendgeborene (Deutschland gesamt 3,2 je 1 000 Lebendgeborene).

Diese positiven Tendenzen gilt es langfristig zu unterstützen. Ausgebaut werden deshalb die geburtshilfliche und pädiatrische ambulante

Versorgung, das Betreuungsspektrum der Hebammen sowie die Perinatal- und Neonatalversorgung in Berliner Krankenhäusern. Eine Schlüsselrolle bei der Primärprävention kommt den Kinder- und Jugendgesundheitsdiensten zu: Mittels eines Ersthausbesuches nach der Geburt eines Kindes kann frühzeitig Hilfebedarf erkannt und über Unterstützungsangebote in Fragen der Entwicklung des Kindes informiert werden.

### **Wo und in welcher Form werden Ihre Ergebnisse veröffentlicht? Wie tief regionalisiert werden die Daten veröffentlicht?**

| Die Berliner Gesundheitsberichterstattung verwendet unterschiedliche Publikationsformen, um den Interessen der Nutzerinnen und Nutzer gerecht zu werden. Basis- und Spezialberichte, Statistische Kurzinformationen und Diskussionspapiere sind dabei etablierte Berichtsformen. Seit 2008 steht neben diesen traditionellen Formen auch das Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) mit über 14 000 Dokumenten zur Verfügung. Im GSI können mithilfe umfangreicher Suchmöglichkeiten schnell und gezielt die gewünschten Informationen zur gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung recherchiert und unkompliziert weiterverarbeitet werden. Tabellen des Gesundheitsmonitorings werden seit drei Jahren unabhängig von der Veröffentlichung des Basisberichts aktualisiert und den Nutzerinnen und Nutzern im GSI zur Verfügung gestellt.

### **Wer nutzt Ihre Daten?**

| Die Gesundheitsberichterstattung dient als Planungsgrundlage für die Entwicklung und Durchführung konkreter Maßnahmen. Sie informiert das Parlament und die Bürgerinnen und Bürger über die gesundheitliche Lage der Bevölkerung

und sie stellt ihre Datenbestände der Wissenschaft zu Forschungszwecken zur Verfügung.

Die aktuelle Nutzeranalyse unseres Gesundheits- und Sozialinformationssystems identifizierte die Berliner Senatsverwaltungen als Hauptnutzer, dicht gefolgt von den Bezirksverwaltungen, Einrichtungen und Verbänden sowie den Berliner Universitäten. Thematisch finden zurzeit Informationen zur personellen Ausstattung der ambulanten und stationären Gesundheitseinrichtungen sowie des öffentlichen Gesundheitsdienstes großes Interesse. Regelmäßig nachgefragt werden natürlich Indikatoren zum Gesundheitszustand, wie Lebenserwartung, vorzeitige Sterblichkeit und Diagnosen mit einem starken verhaltensbedingten Gradienten, wie alkohol-, tabak- und drogenassoziierte Erkrankungen.

Allen gesundheitlich Interessierten empfehle ich, den Newsletter zu abonnieren und somit stets über aktuelle Veröffentlichungen im GSI informiert zu sein.

#### **Was wünschen Sie sich zukünftig für die Zusammenarbeit mit dem AfS?**

| Zur Identifikation gesundheitlicher Defizite und der zielgruppengenaue Ausrichtung von Gesundheitsplanung und -steuerung in der Millionenstadt Berlin sind kleinräumige Sozial- und Gesundheitsdaten unabdingbar. Mit dem 2014 in Kraft getretenen geänderten Bevölkerungsstatistikgesetz stehen Daten der amtlichen Bevölkerungsfortschreibung und der Todesursachen nur noch für Berlin insgesamt zur Verfügung, eine Differenzierung nach Bezirken ist bis auf Weiteres nicht mehr möglich. Für Bezirke mit Einwohnerzahlen zwischen 241 000 und 399 000 – vergleichbar mit Städten wie Magdeburg, Wiesbaden, Bonn oder Bochum – stellt dies eine starke planerische Einschränkung dar. Hier brauchen wir die besondere

Unterstützung des AfS, um zum Beispiel durch Sonderauswertungen des Einwohnermelderegisters zumindest einige Informationslücken schließen zu können.

Unterstützung wünschen wir uns auch weiterhin bei gesundheitspolitischen Schwerpunktthemen im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel und zu parlamentarischen Anfragen, wie zuletzt wiederholt zum Thema Geburten.

In der Vergangenheit hat das AfS hier eine hohe Flexibilität in der Zusammenstellung der Merkmale bewiesen, welche ich mir auch für die Zukunft wünsche.

Gesundheitswesen

## ▮ Anwendungsgebiete und Limitierungen der amtlichen Statistik für die regionale Versorgungsforschung

Ein Diskussionsbeitrag der AOK Nordost am Beispiel der koronaren Herzkrankheit

von Boris Kauh, Werner Maier, Jürgen Schweikart, Jonas Pieper, Andrea Keste und Marita Moskwyn

Regionale Analysen chronischer Erkrankungen in Abrechnungsdaten von Krankenkassen können einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, zukünftige Versorgungsstrukturen bedarfsgerecht zu planen. Hierbei sind neben den Abrechnungsdaten selbst auch die Daten der amtlichen Statistik von zentraler Bedeutung: Erst die Analyse des Zusammenhangs zwischen Erkrankungslast und der demografischen und sozio-ökonomischen Zusammensetzung des Wohnortes erlaubt Rückschlüsse darüber, wie sich die Erkrankungslast in Zukunft entwickeln wird. Derzeit können die Daten der amtlichen Statistik allerdings aufgrund der maximalen räumlichen Gliederungstiefe bis zur Gemeindeebene nicht ihr volles Potenzial entfalten. Dieser Beitrag verfolgt mehrere Ziele: (i) Am Beispiel der koronaren Herzkrankheit unter den Versicherten der AOK Nordost in den Ländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern soll die Verwendung von Daten der amtlichen Statistik beispielhaft vorgestellt werden, (ii) die daraus entstehenden Implikationen für die zukünftige Bedarfsplanung sollen erläutert werden und (iii) die derzeitigen Limitierungen von Daten der amtlichen Statistik sollen diskutiert und Anforderungen an diese Daten aus Sicht der Versorgungsforschung vorgestellt werden.

### Einführung

Geografische Informationssysteme (GIS) nehmen für die Planung medizinischer Ressourcen und Analysen chronischer Erkrankungen einen immer wichtiger werdenden Stellenwert ein [1–6]. Vor dem Hintergrund des regional sehr unterschiedlich verlaufenden demografischen Wandels [7] und der damit einhergehenden Veränderung der Erkrankungslast stellt sich vor allem in den Flächenländern Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern die Frage, wie eine bedarfsorientierte hausärztliche Versorgung auch in Zukunft umgesetzt werden kann. Die derzeitige Planungsrichtlinie als Verhältnis von 1671 Einwohnern pro Hausarzt auf Ebene der Mittelbereiche [8] wird wahrscheinlich den tatsächlichen Bedarf an hausärztlicher Versorgung – zumindest in Nordostdeutschland – in Zukunft nicht mehr adäquat abbilden können [1, 9]. Zum einen ist in Nordostdeutschland bereits jetzt das Durchschnittsalter höher als im Bundesdurchschnitt [10, 11] und zum anderen auch der Anteil an sozial benachteiligten Personen [12]. Dies schlägt sich aufgrund des Zusammenhangs zwischen Alter, sozialer Lage und Gesundheit natürlich auch in der Prävalenz chronischer Erkrankungen nieder, die in den neuen Bundesländern wesentlich höher ist [13–15]. Dem gegenüber steht eine Abnahme der Leistungserbringer in den ländlichen Regionen dieser Flächenländer. Als Ergebnis lassen sich ausgesprochene Disparitäten feststellen, die sich auch in Zukunft weiter ausweiten werden: Jüngere, gesündere Personen ziehen vermehrt in die Städte, in denen ausreichend Ärzte ver-

fügbare sind, während in den ländlichen Räumen vor allem ältere, kranke Personen bei rückläufigen Arztzahlen verbleiben [16]. Es wird sich also in Zukunft noch stärker als heute die Frage stellen, wie sich Gebiete für die vorrangige Bereitstellung medizinischer Ressourcen identifizieren und in der Planung berücksichtigen lassen. Bereits seit längerer Zeit besteht die Nachfrage nach epidemiologischen Daten, die eine Aussage zu regionalen Unterschieden in der Erkrankungslast erlauben [17]. Regionale Analysen epidemiologischer Daten zur Erkrankungslast sind allerdings in Deutschland nach wie vor selten und in der Regel – wenn überhaupt – nur auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte verfügbar [18–20]. Nur in wenigen Fällen liegen epidemiologische Daten auf Stadtteil- [21] oder Gemeindeebene vor [22]. Um aber den derzeitigen und zukünftigen Versorgungsbedarf in den Flächenländern sinnvoll abschätzen zu können, müssen solche Daten regional so detailliert wie möglich vorliegen und in Beziehung zur demografischen und sozio-ökonomischen Struktur des Wohnortes gesetzt werden. Erst die Analyse des Zusammenhangs zwischen Erkrankungslast und der demografischen/sozio-ökonomischen Zusammensetzung des Wohnortes erlaubt Rückschlüsse über die zukünftig zu erwartende Erkrankungslast.

Das 2015 von der AOK Nordost initiierte und von der Beuth Hochschule für Technik Berlin unterstützte Projekt zur regionalspezifischen Untersuchung der Erkrankungslast ist mit dem Ziel gestartet, die wichtigsten Volkskrankheiten unter den Versicher-

ten der AOK Nordost regional zu untersuchen, planungsrelevante, bevölkerungsbezogene Risikofaktoren zu ermitteln und damit Rückschlüsse auf den zukünftig zu erwartenden Versorgungsbedarf bereitzustellen.

Für dieses Projekt spielen dabei die Daten des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg und des Statistischen Amtes Mecklenburg-Vorpommern eine zentrale Rolle: Die meisten chronischen Erkrankungen folgen bestimmten sozio-ökonomischen und demografischen Bevölkerungscharakteristika wie Alter [1, 3, 15], Arbeitslosigkeit [1, 3], Einkommen [1, 3, 15], Bildungsstand [23] oder Partnerschaftsstatus [24]. Diese Daten sind auf Individualebene aber oftmals nicht verfügbar. Allerdings liegen solche Daten für Deutschland teilweise bis auf Ebene der Gemeinden und Stadtteile vor. Durch die Verschneidung anonymisierter Abrechnungsdaten mit den Daten der amtlichen Statistik lässt sich der Zusammenhang zwischen sozio-ökonomischem Status und Erkrankungsprävalenz quantifizieren [25]. Für Maßnahmen der Prävention sind solche detaillierten Daten von großem Interesse, um die ortspezifische Risikogruppe identifizieren zu können und Maßnahmen zielgerichtet auf diese Gruppe zuschneiden zu können [26]. Für die Zwecke der Bedarfsplanung sind allerdings einzelne sozio-ökonomische Variablen wie Einkommen oder Arbeitslosigkeit weniger von Bedeutung als eine übergeordnete Betrachtung der sozialen Lage einer Region. Sogenannte Deprivationsindizes werden im internationalen Kontext bereits seit längerem verwendet, um sozial benachteiligte Regionen zu identifizieren und die Bereitstellung medizinischer Versorgungsstrukturen bedarfsorientierter zu steuern [27–29].

Für Deutschland hat sich hierzu der „German Index of Multiple Deprivation“ (GIMD) als sinnvolles Messinstrument der sozialen Benachteiligung einer Region erwiesen [13, 14]. Der Index setzt sich aus Daten der amtlichen Statistik zusammen und beinhaltet die Deprivations-Domänen Einkommen, Beschäftigung, Bildung, kommunale Einnahmen, Sozialkapital, Umwelt und Sicherheit [30].

In der internationalen und vermehrt auch in der deutschen wissenschaftlichen Literatur gilt der Zusammenhang zwischen regionaler Deprivation und schlechterem Gesundheitsstatus seit längerem als gesichert [2, 15, 30]. Wer in einer sozial benachteiligten Region wohnt, hat ein höheres Risiko zu erkranken – unabhängig vom sozio-ökonomischen Status auf Individualebene [31–33]. Für Deutschland wurde dieser Effekt ebenfalls in mehreren Studien nachgewiesen [13, 14]. Daher stellt sich auch für die AOK Nordost die Frage, welchen Einfluss regionale Deprivation auf die Erkrankungslast hat und welche Schlüsse für die hausärztliche Bedarfsplanung daraus zu ziehen sind. Solche Analysen hängen damit

auch vom Informationsgehalt der Daten der amtlichen Statistik ab. Diese Daten können aber momentan aufgrund der eingeschränkten regionalen Gliederungstiefe nicht ihr volles Potenzial entfalten.

### Datengrundlage

Für diese Untersuchung wurde die koronare Herzkrankheit (KHK) ausgewählt, da sie in ihrer regionalen Verteilung und Beziehung zu bevölkerungsbasierten Risikofaktoren sehr stark den bereits publizierten Ergebnissen zu Typ 2 Diabetes [1, 34] und Hypertonie (Bluthochdruck) [9] ähnelt und sich die Ergebnisse somit gut vergleichen lassen. Zur regionalen Analyse der KHK wurden die Abrechnungsdaten der AOK Nordost für das Jahr 2012 den Gemeinden zugeordnet. Das Einzugsgebiet der AOK Nordost besteht aus den Bundesländern Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Da Großstädte wie Berlin nur als eine Gemeinde zählen, wurden die Abrechnungsdaten für Berlin, Potsdam, Brandenburg an der Havel, Schwerin, Frankfurt (Oder) und Cottbus den Postleitzahlen und in Rostock den Stadtteilen zugeordnet [9]. Von den etwa 1,79 Mill. Versicherten der AOK Nordost des Jahres 2012 weisen etwa 293 000 Versicherte (16,4 %) die gesicherten ICD-10 Codes I20–I24<sup>1</sup> für die koronare Herzkrankheit auf [35].

Als erklärende Faktoren wurden verschiedene Variablen aus dem Versichertenbestand und der amtlichen Statistik betrachtet. Aus dem Versichertenbestand wurden die Anteile der Versicherten im Alter von 45 Jahren bis 64 Jahren und 65 Jahren und älter als demografische Variablen verwendet. Zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Erkrankungsrisiko und sozialer Lage wurde der German Index of Multiple Deprivation für 2010 (GIMD 2010) verwendet. Lange Anreisezeiten zum Arbeitsplatz führen unter Berufspendelnden oftmals zu einem schlechteren Gesundheitszustand [36–38]. In einer vorherigen Studie der AOK Nordost wurde ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Auspendelnden und der Prävalenz der Hypertonie vor allem im Berliner Speckgürtel festgestellt [9]. Daher wurde in der vorliegenden Studie ebenfalls untersucht, ob sich auch für KHK ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Anteil an Auspendelnden und der Prävalenz der KHK aufzeigt. Alle Daten waren auf Ebene der Gemeinden verfügbar, mussten aber aufgrund der verschiedenen Gemeindegrößen und der daraus resultierenden statistischen Unzuverlässigkeit auf die Ebene der Gemeindeverbände (in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern auch Ämter genannt) aggregiert werden [9] (Abbildung a).

### Methoden

#### Darstellung der alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenz

Da KHK mit höherem Alter der Bevölkerung zunimmt, würde die nicht standardisierte Prävalenz im Wesentlichen nur dem Verlauf des Durchschnittsalters der AOK Nordost-Versicherten folgen. Um aber Aussagen darüber treffen zu können, ob eine Ge-

<sup>1</sup> Nähere Informationen zur Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) finden Sie u. a. in der Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg, Ausgabe 3/2015, S. 61.

meinde unabhängig von der unterschiedlichen demografischen Zusammensetzung tatsächlich eine höhere Erkrankungslast aufweist, muss der Einfluss der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsverteilung herausgerechnet werden [39]. Durch die Alters- und Geschlechtsstandardisierung wird die Prävalenz in einer Gemeinde so gewichtet, als wäre die Alters- und Geschlechtsverteilung in allen Gemeinden und Ortsteilen Nordostdeutschlands gleich. Dadurch lassen sich die Gemeinden hinsichtlich ihrer Erkrankungsprävalenz miteinander vergleichen.

Da die Anzahl an Versicherten pro Gemeinde und Ortsteil zusätzlich enormen Schwankungen unterworfen ist, wäre eine einfache Darstellung der adjustierten Rate sehr unzuverlässig und wenig erkenntnisreich. Daher wurde zur Darstellung der Alters- und geschlechtsstandardisierten Prävalenzraten ein sogenanntes Glättungsverfahren nach Besag-York-Mollié (BYM) verwendet. Das BYM-Modell gleicht die Schwankungen in der Versicherten-dichte aus, indem die Prävalenz in einer Gemeinde immer zum Durchschnitt der benachbarten Gemeinden gewichtet wird. Dadurch werden extreme Schwankungen, die nur auf kleinen Fallzahlen beruhen, herausgerechnet [40]. Die Prävalenzraten werden durch dieses Verfahren mit Informationen aus benachbarten Gemeinden stabilisiert. Dieses Verfahren wird vor allem für die kleinräumige Darstellung chronischer Erkrankungen wie Krebs [22] und Herz-Kreislauf-Erkrankungen verwendet [41].

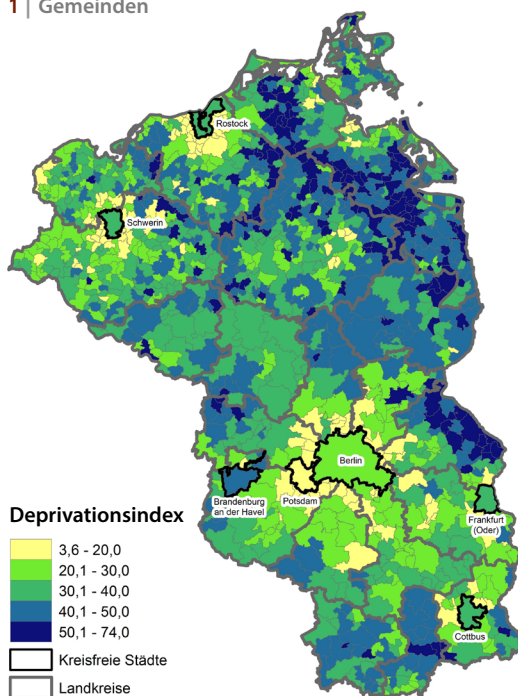
### Analyse der demografischen und sozio-ökonomischen Einflussfaktoren

Um die Stärke des Zusammenhangs zwischen einer Zielvariablen (z. B. KHK) und einer oder mehreren erklärenden Variablen (z. B. Anteil an Personen über 65 Jahre) zu ermitteln, werden Regressionsmodelle verwendet. Ein Regressionsmodell zeigt auf, um wie viel sich die Erkrankungslast erhöht, wenn z. B. der Anteil an Personen über 65 Jahre um 1 % zunimmt.

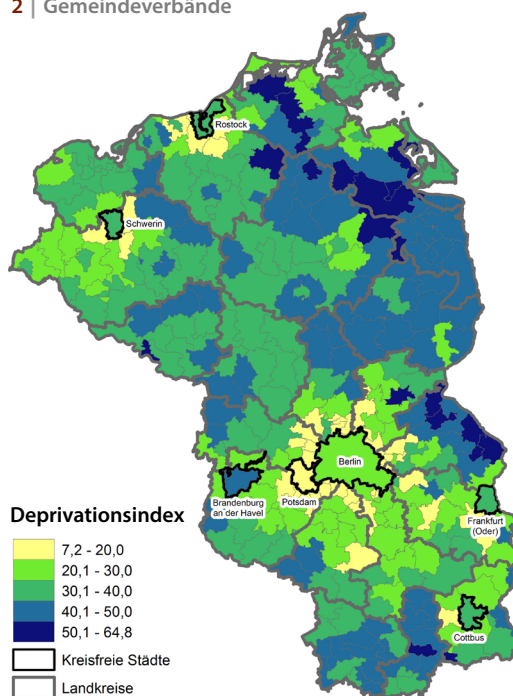
In den meisten regionalen Untersuchungen in Deutschland zu möglichen Risikofaktoren bestimmter Erkrankungen und Indikationen werden globale Regressionsmodelle verwendet. Globale Regressionsmodelle ermitteln nur einen Regressionskoeffizienten pro Variable für das gesamte jeweilige Untersuchungsgebiet [12, 20, 42]. Damit wird allerdings unterstellt, dass der Zusammenhang zwischen Erkrankung und möglichen Einflussfaktoren überall gleich stark ist. Diese Annahme ist aber für große Gebiete wie ganze Länder sehr unrealistisch [43] und trifft bereits auf kleinere Untersuchungsgebiete wie Berlin [34] oder Nordostdeutschland [1, 9] nicht mehr zu. Nicht jede Person über 65 Jahre weist dasselbe Erkrankungsrisiko auf. Das Erkrankungsrisiko hängt unter anderem von kulturellen, sozialen und kontextuellen Faktoren auf individueller und aggregierter Ebene ab und ist damit per Definition starken regionalen Schwankungen unterworfen [4]. Für die meisten Erkrankungen darf dieses Erkenntnis als gesichert angenommen werden [3, 15, 34, 44]. In diesem Zusammenhang erhalten geografisch gewichtete Regressionsmodelle (GWR) einen

### a | Aggregation des German Index of Multiple Deprivation für das Jahr 2010 von der ursprünglichen Gemeinde- auf die Gemeindeverbandsebene in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Je höher die Werte des Index sind, desto sozial benachteiligter ist die Region

#### 1 | Gemeinden



#### 2 | Gemeindeverbände



Datengrundlage:  
Helmholtz Zentrum München  
Bundesamt für Kartographie und Geodäsie  
Analyse und kartographische Darstellung:  
Boris Kauh (boris.kauh@nordost.aok.de)

0 25 50 100 km

immer wichtiger werdenden Stellenwert. GWR messen für jede administrative Einheit den Zusammenhang zwischen Erkrankungsrisiko und möglicher erklärender Variable und können somit auch regionale Schwankungen des Zusammenhangs zwischen Erkrankungsrisiko und möglichen Einflussfaktoren erfassen [43]. Das methodische Vorgehen für die Untersuchung der KHK in dieser Arbeit ist identisch mit einer vorangegangenen Untersuchung zu Hypertonie unter den AOK Nordost-Versicherten, in der die Methodik detailliert beschrieben wird [9].

## Ergebnisse

### Regionale Verteilung der koronaren Herzkrankheit

Die alters- und geschlechtsstandardisierte Prävalenz der koronaren Herzkrankheit lag im Jahr 2012 unter den AOK Nordost-Versicherten bei 10,4 %. Die höchsten Prävalenzen befanden sich vor allem im Berliner Speckgürtel und einigen Gemeinden in den Landkreisen Prignitz, Uckermark und Elbe-Elster (Abbildung b). Auffallend ist auch, dass in Berlin die Prävalenzen im Ostteil der Stadt deutlich höher waren als im Westteil.

### Regionalspezifische demografische und sozio-ökonomische Einflussfaktoren der koronaren Herzkrankheit

Im Gegensatz zu einem vorangegangenen, globalen Modell erfüllt das lokale GWR-Modell die Bedingung, dass die Residuals nicht geclustert vorliegen dürfen (Moran's  $I = 0,034$ ,  $p > 0,05$ ). Das lokale GWR-Modell hat – wie erwartet – eine wesentlich bessere Modellgüte als das globale OLS-Modell. Die hier untersuchten Einflussfaktoren erklären 51 % der regionalen Variation der KHK.

Insgesamt betrachtet weist der Zusammenhang zwischen KHK und den untersuchten demografischen und sozio-ökonomischen Variablen erhebliche regionale Schwankungen auf. Keine der untersuchten Variablen ist im gesamten Untersuchungsgebiet signifikant mit KHK assoziiert (Abbildung c).

Der Anteil an Versicherten zwischen 45 Jahren und 64 Jahren ist nur im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte signifikant positiv mit KHK assoziiert. Ein Prozent mehr Versicherte in dieser Altersgruppe erhöht die KHK-Prävalenz um mehr als 2,2 %. In einigen Gemeindeverbänden in Brandenburg ist der Anteil in dieser Altersgruppe signifikant negativ assoziiert. Mit einem Prozent mehr Versicherten in dieser Altersgruppe sinkt die Prävalenz um mehr als 1,5 %.

Der Anteil an Versicherten über 65 Jahre ist im Wesentlichen nur positiv assoziiert, wenn auch mit erheblichen regionalen Schwankungen. Mit einem Prozent mehr Versicherte in dieser Altersgruppe steigt die Prävalenz vor allem im Landkreis Mecklenburgische Seenplatte um mehr als 3,7 %. Sehr deutlich wird die Ähnlichkeit der Koeffizienten dieser Altersgruppe mit regionaler Deprivation: In den Regionen mit höherer sozialer Benachteiligung ist auch der Zusammenhang zwischen dieser Altersgruppe und KHK am stärksten.

Regionale Deprivation hat nur in einem Teil des Untersuchungsgebietes einen direkten und signifikanten Einfluss auf die Prävalenz der KHK. Dies betrifft vor allem die am stärksten sozial benachteiligten Regionen im Norden Brandenburgs und Mecklenburg-Vorpommerns. Ein Punkt mehr auf der Deprivationsskala erhöht die Prävalenz der KHK um mehr als 0,9 %.

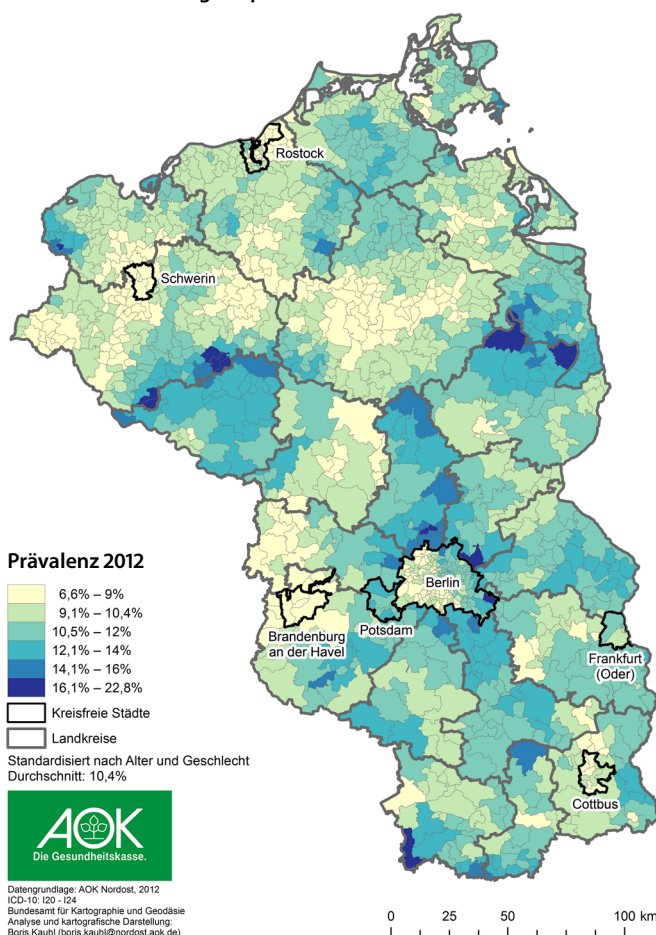
Der Anteil an Berufspendelnden ist vor allem im Berliner Speckgürtel und im Norden Brandenburgs signifikant mit KHK assoziiert. In diesen Gebieten erhöht ein Prozent mehr Berufspendelnde die Prävalenz der KHK um mehr als 0,4 %.

## Diskussion

### Ergebnisse im Kontext bisheriger Untersuchungen

Die regionale Verteilung der KHK ist denen des Typ 2 Diabetes Mellitus und der Hypertonie sehr ähnlich. Auch die Einflussfaktoren unterscheiden sich nur gering hinsichtlich ihres regionalspezifischen Zusammenhangs. Damit folgen die drei wichtigsten Volkskrankheiten unter den AOK Nordost-Versicherten im Wesentlichen den gleichen regionalen Merkmalen [1, 9, 34].

### b | Prävalenz der koronaren Herzkrankheit unter den AOK Nordost-Versicherten 2012 auf Ebene der Gemeinden und Stadtteile in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

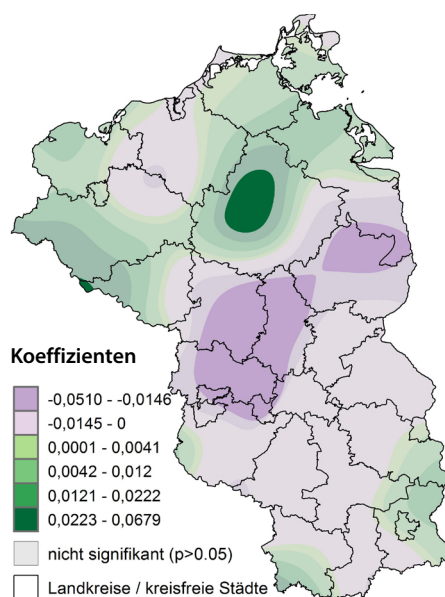


Der Zusammenhang zwischen den demografischen Variablen und KHK folgt im Großteil des Untersuchungsgebietes einer ähnlichen Verteilung wie regionale Deprivation: je sozial benachteiligter die Region ist, desto stärker ist der Zusammenhang zwischen den älteren Versicherten und KHK, auch wenn regionale Deprivation selbst nicht notwendigerweise signifikant in diesen Gebieten mit KHK assoziiert ist. Dies deckt sich sowohl mit Untersuchungen aus den USA [15] als auch mit vorherigen Untersuchungen der AOK Nordost zu Hypertonie [9]. Insgesamt deutet die Ähnlichkeit der demografischen Variab-

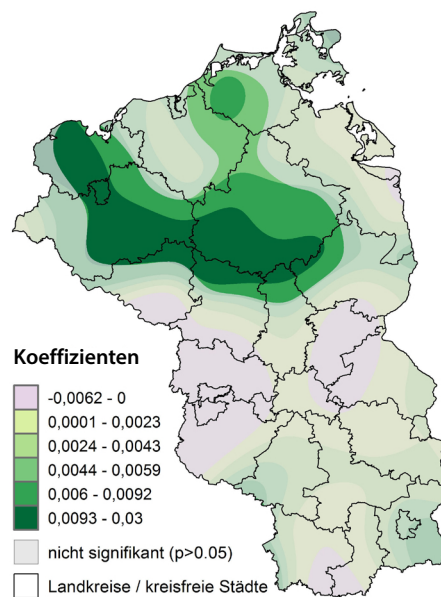
len mit dem Index regionaler Deprivation auf einen wichtigen Umstand hin: Wer in einer sozial benachteiligten Region wohnt, hat ein höheres Risiko an KHK zu erkranken, selbst wenn die Person auf individueller Ebene nicht notwendigerweise von Deprivation – z. B. in Form eines niedrigen Einkommens oder Arbeitslosigkeit – betroffen sein muss. Diese Schlussfolgerung deckt sich mit den bisherigen wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Einfluss regionaler Deprivation auf den Gesundheitszustand [13, 45–47].

### c | GWR-Regressionskoeffizienten der koronaren Herzkrankheit 2012 in Berlin, Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern

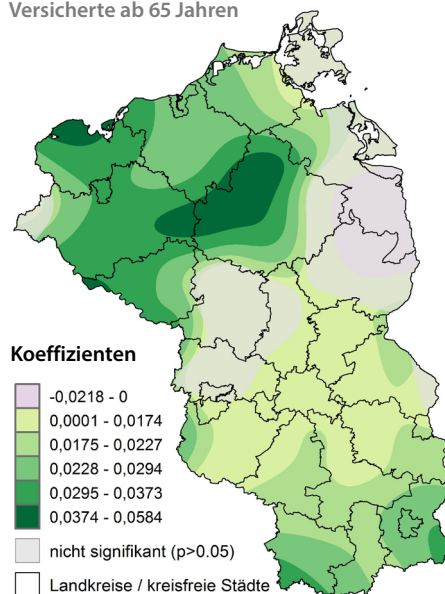
#### 1 | Versicherte zwischen 45 und 64 Jahren



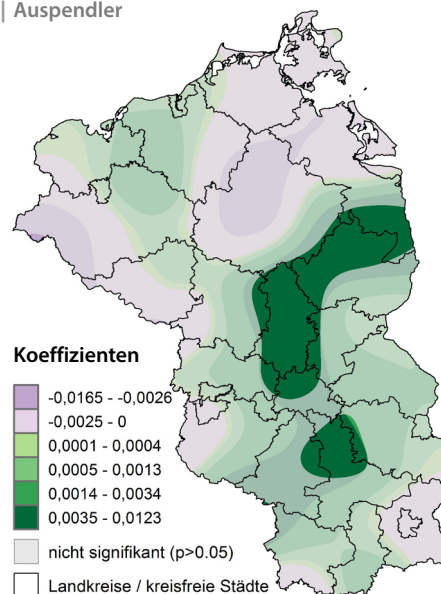
#### 3 | Regionale Deprivation



#### 2 | Versicherte ab 65 Jahren



#### 4 | Auspendler



Datengrundlage:  
AOK Nordost, 2012  
Bundesamt für Kartographie und Geodäsie  
Analyse und kartografische Darstellung:  
Boris Kahl (boris.kahl@nordost.aok.de)



0 25 50 100 km

Allerdings muss auch darauf hingewiesen werden, dass die Koeffizienten für Versicherte über 65 Jahre zwar dem Index regionaler Deprivation stark ähneln, sich aber nicht völlig decken. Vor allem in den stark sozial benachteiligten Gebieten im Landkreis Vorpommern-Greifswald waren weder die demografischen Variablen noch regionale Deprivation signifikant. Dies liegt daran, dass der Anteil an Versicherten an der Bevölkerung in diesen Gebieten hoch ist, das Durchschnittsalter der Versicherten in diesen Gebieten aber niedriger ist als das der Gesamtbevölkerung.

Auch der Zusammenhang zum Anteil an Auspendelnden deckt sich mit einer vorherigen Untersuchung zu Hypertonie und Typ 2 Diabetes Mellitus unter den AOK Nordost-Versicherten [9, 34]. Somit legt auch diese Untersuchung nahe, dass beruflich bedingtes Pendeln vor allem im Berliner Speckgürtel einen lebensstilbezogenen Risikofaktor für chronische Erkrankungen darstellt [36–38].

### Implikationen für die Bedarfsplanung

Welche Rückschlüsse lassen sich aus diesem Ergebnis für die Bedarfsplanung ziehen, durch welche die Zulassung von Vertragsärzten gesteuert wird? Chronische Erkrankungen sind unter den AOK Nordost-Versicherten regional sehr ungleich verteilt – ein Umstand, der im derzeitigen Bedarfsplanungsansatz, der eine statische Verhältniszahl von 1 671 Einwohnern pro Hausarzt vorsieht, nicht berücksichtigt wird. Die Ergebnisse der Untersuchungen der AOK Nordost zeigen sehr deutlich auf, dass regionale Deprivation einen entscheidenden Einfluss auf die Prävalenzen der wichtigsten Volkskrankheiten (Typ 2 Diabetes Mellitus, Hypertonie und koronare Herzkrankheit) aufweist [34]. Es muss insbesondere in diesem Zusammenhang auf einen wichtigen Sachverhalt hingewiesen werden: Zwar hat Deprivation für bisher untersuchte Erkrankungen im Bestand der AOK Nordost-Versicherten nur in einem Teil des Untersuchungsgebietes einen direkten und signifikanten Einfluss, der indirekte Einfluss regionaler Deprivation wird allerdings anhand der ähnlichen regionalen Verteilung der Koeffizienten für die demografischen Variablen deutlich. Diese Tatsache legt folgenden Schluss nahe: Wer in einer sozial benachteiligten Region altert, hat ein größeres Risiko zu erkranken, unabhängig vom sozio-ökonomischen Status auf Individualebene [48, 49]. Bei weiter ansteigendem Durchschnittsalter der Bevölkerung in den Flächenländern wird daher mit einer Zunahme chronischer Erkrankungen vor allem in den sozial benachteiligten Regionen zu rechnen sein.

Unter Berücksichtigung der hier vorgestellten Ergebnisse und der kleinräumigen Bevölkerungsprognose, die für Brandenburg bis auf die Ebene der Gemeindeverbände verfügbar ist [7], ließe sich die Erkrankungslast der Bevölkerung regional relativ detailliert prognostizieren. Hierzu müssten allerdings die Daten aller Kostenträger zur Verfügung stehen, um ein möglichst repräsentatives Bild der Gesamtbevölkerung zu ermöglichen. Derzeit wird ein entsprechender Ansatz zur Prognose der Erkrankungslast nach dem jetzigen Kenntnisstand allerdings nur auf Basis der AOK Nordost-Versicherten entwickelt.

Es sei aber an dieser Stelle daraufhin gewiesen, dass die hier vorgestellten Ergebnisse nur für die Versicherten der AOK Nordost repräsentativ sind, aber nicht für die Gesamtbevölkerung gelten können. Zu groß sind die Unterschiede hinsichtlich der demografischen und sozio-ökonomischen Struktur der jeweiligen Kassenmitglieder [50]. Dennoch gelten diese Ergebnisse immerhin für 25 % der Bevölkerung Nordostdeutschlands.

### Limitierungen der Daten der amtlichen Statistik

Die hier vorgestellte Untersuchung verdeutlicht das Potenzial detaillierter Regionalanalysen auf Basis epidemiologischer Daten von Krankenkassen und sozio-demografischer Daten der amtlichen Statistik zur Ermittlung des derzeitigen und zukünftigen Versorgungsbedarfs. Allerdings bestehen derzeit noch wichtige Limitierungen, die die Nutzung des vollen Potenzials von Daten der amtlichen Statistik erschweren:

- (i): Große Städte wie Berlin, Schwerin oder Potsdam zählen als eine einzige Gemeinde. Folglich sind wichtige Variablen wie regionale Deprivation, Haushaltszusammensetzung oder Auspendelnden nicht flächendeckend auf Ebene der Stadtteile frei verfügbar. Solche Daten wären aber notwendig, um Versorgungsbedarfe und Risikogruppen auch innerhalb der Städte identifizieren zu können. Zwar stehen bevölkerungsbezogene, sozio-ökonomische Daten für die 447 lebensweltlich orientierten Räume Berlins zur Verfügung. Diese unterscheiden sich aber in ihrer Struktur teilweise von den Daten auf Gemeindeebene und lassen sich daher nur bedingt mit den Gemeindedaten zusammenführen. Für die anderen größeren Städte stehen solche Daten allerdings nicht frei zur Verfügung. Für die Versorgungsforschung wäre aber eine einheitliche, frei zugängliche Datenquelle notwendig, die sowohl auf Stadtteilebene als auch für kleinräumige administrative Einheiten in ländlichen Räumen verfügbar ist.
- (ii): Die Gemeindestruktur an sich ist für räumlich-epidemiologische Analysen nicht geeignet. Gerade im Berliner Speckgürtel befinden sich viele kleine Gemeinden mit nur wenigen Tausend Einwohnern direkt neben der Bundeshauptstadt Berlin, die selbst nur als eine Gemeinde mit rund 3,5 Mill. Einwohnern zählt. Aus epidemiologischer Sicht vergrößert dieser Umstand die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses: Je größer eine administrative Einheit und je größer die Variation innerhalb dieser Einheit ist, desto größer wird die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses. Im Umkehrschluss ist die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses kleiner in Gebieten mit homogener sozio-demografischer Bevölkerungsstruktur [51]. Das bedeutet, dass Analysen auf aggregierter Ebene in Umgebungen großer Städte unzuverlässiger sind als Analysen auf Ebene ländlicher Gemeinden.
- (iii): Die Gemeindegrößen unterscheiden sich erheblich in der Anzahl an Einwohnern zwischen Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern. Grundsätzlich wären für die AOK Nordost Analysen auf Ebene der Gemeinden und Stadtteile aufgrund

der verringerten Gefahr des ökologischen Fehlschlusses von hoher Bedeutung. Allerdings sind die Fallzahlen bei demografischen und sozio-ökonomischen Daten in den Gemeinden Mecklenburg-Vorpommerns sehr klein, sodass Regressionsanalysen auf Gemeindeebene sehr unzuverlässig werden. Daher kamen für die durchgeführten Untersuchungen lediglich die Verbandsgemeinden als administrative Ebene infrage, da sie in ihrer Größe und Bevölkerungszahl etwas homogener als die Gemeinden sind. Für diese Untersuchung wurde dieselbe Regressionsanalyse, die hier auf Gemeindeverbandsebene vorgestellt wurde, auch auf Ebene der Gemeinden durchgeführt. Die Ergebnisse unterscheiden sich aber sehr stark von den Ergebnissen auf Verbandsgemeindeebene und sind in ihrem Ergebnis weniger plausibel. Das Problem ist auch als das sogenannte „Modifiable Areal Unit Problem – MAUP“ bekannt [52].

- (iv): Unterschiedliche Datenquellen – beispielsweise Daten der INKAR-Datenbank des Bundesinstituts für Bau-, Stadt- und Raumforschung, Daten der Regionalstatistik und Daten des Zensus 2011 – lassen sich nur mit sehr viel manueller Nachbearbeitung zusammenführen. Oftmals unterscheiden sich die amtlichen Gemeindeschlüssel (AGS) im Aufbau. Als Beispiel seien hier die Gemeindeschlüssel für die Gemeinde Suckow in Mecklenburg-Vorpommern für das Jahr 2011 genannt: In der Zensusdatenbank wird diese Gemeinde mit folgendem AGS aufgeführt: 130605023076. Demgegenüber steht der AGS der Regionalstatistik für dasselbe Jahr: 13076132. Hier sind Daten aus beispielsweise den Niederlanden benutzerfreundlicher aufgebaut und lassen sich durch die Verwendung einer einheitlichen, vierstelligen Postleitzahl ohne händische Nachbearbeitung zusammenführen [53].

### Welche Anforderungen bestehen aus Sicht der Versorgungsforschung an die Daten der amtlichen Statistik?

Grundsätzlich dürfen hier folgende Anforderungen genannt werden:

- (i): Homogene demografische und sozio-ökonomische Struktur innerhalb einer statistischen Planungseinheit: Zwar gilt der Einfluss des Kontexts auf die Gesundheit einer Person – bspw. in Form sozialer Benachteiligung des Wohnortes – als gesichert [31–33], allerdings wird der Nachweis über diesen Zusammenhang mit zunehmender Größe der jeweils untersuchten Einheit unschärfer, da innerhalb dieser Einheit bereits große Unterschiede bestehen können. Hier ist der German Index of Multiple Deprivation am Beispiel Berlins zu nennen: Er sieht für ganz Berlin nur einen einzigen Wert vor. Allerdings ist die Sozialstruktur innerhalb Berlins sehr heterogen, wie der Sozialstrukturatlas für die 447 Planungsräume aufzeigt [54]. Dies vergrößert nicht nur die Gefahr des ökologischen Fehlschlusses, sondern lässt auch den Nachweis über mögliche Zusammenhänge auf Gemeindeebene sehr unscharf werden. Um dieses Problem zu minimieren, muss die Variation innerhalb einer

statistischen Planungseinheit so gering wie möglich sein [51].

- (ii): Vergleichbare Bevölkerungszahlen: Um verlässliche demografische und sozio-ökonomische Bevölkerungscharakteristika verwenden zu können, müsste die enthaltene Bevölkerung groß genug sein, damit wichtige demografische und sozio-ökonomische Variablen stabil genug sind, um sich sinnvoll regional analysieren zu lassen. Gerade ökologische Regressionsmodelle, wie sie in der Versorgungsforschung und in der hier vorliegenden Studie verwendet werden [1, 3, 15], sind statistisch verlässlicher, wenn die demografischen und sozio-ökonomischen Bevölkerungscharakteristika in ihrer Variabilität eher homogen über die statistischen Planungseinheiten hinweg verteilt sind. Hier wird davon ausgegangen, dass Einheiten mit gleichen oder ähnlichen Bevölkerungszahlen dieses Kriterium erfüllen und somit sinnvolle Einheiten für aggregierte Analysen darstellen [55]. In Großbritannien sind die kleinsten statistischen Planungseinheiten, für welche die meisten demografischen und sozio-ökonomischen Variablen zur Verfügung stehen, die Lower Super Output Areas (LSOA). Diese beinhalten mindestens 1 000 und im Durchschnitt 1 500 Personen [56]. In den USA stehen die meisten Bevölkerungsdaten auf Ebene der Census tracts zur Verfügung. Diese umfassen zwischen 1 200 und 8 000 Personen, mit einer optimalen Größe von 4 000 Personen [57]. Die Niederlande stellen alle relevanten Bevölkerungsdaten auf Ebene der Nachbarschaften und Postleitzahlen zur Verfügung. Die Postleitzahlen beinhalten im Durchschnitt etwa 4 000 Einwohner [3]. Zwar existiert keine Zahl zur „optimalen“ Einwohnerzahl einer statistischen Planungseinheit für regionale Analysen – dies hängt zu sehr von den jeweiligen Datenschutzaspekten der entsprechenden Länder ab –, allerdings scheint der generelle Konsens sich auf etwa 1 500 bis 4 000 Einwohner pro Einheit einzupendeln. Die hier vorgestellten statistischen Einheiten der genannten Länder erfüllen neben einigermaßen homogenen Bevölkerungszahlen weitere wichtige Kriterien:
- (iii): Differenzierung der statistischen Planungseinheiten sowohl zwischen ländlichen und urbanen Regionen, als auch innerhalb urbaner Räume: Für Analysen zu demografischen und sozio-ökonomischen Einflussfaktoren der Erkrankungslast spielen nicht nur Unterschiede zwischen ländlichen und urbanen Regionen eine Rolle, sondern auch innerstädtische Unterschiede [15, 53].
- (iv): Bereitstellung der Bevölkerungsdaten in GIS-fähigen und häufig verwendeten Geodatenformaten: Da die meisten Regionalanalysen in der Versorgungsforschung ohnehin in einem GIS durchgeführt werden [21, 58], wäre die benutzerfreundliche Bereitstellung dieser Daten, beispielsweise als ESRI-Shapefiles oder in vom Open Geospatial Consortium (OGC) standardisierten Geodatenformaten, wünschenswert. Hier dürfen die Niederlande als Vorreiter genannt werden: Die jedes Jahr aktualisierten Bevölkerungsdaten werden in Form der „Wijk- en buurtkaart“ auf Ebene der Nachbarschaften „Buurten“ als Shapefile zur Verfü-

gung gestellt [59]. Über die jeweilige Postleitzahl oder den Gemeindeschlüssel lassen sich die Daten dadurch auf die jeweils benötigte administrative Ebene sehr einfach in einem GIS aggregieren [3, 53].

### Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass Versicherte, die in einer sozial benachteiligten Region wohnen, einem höheren Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind, auch wenn sie auf individueller Ebene nicht notwendigerweise von einem niedrigen sozio-ökonomischen Status betroffen sind. Mit zunehmendem Durchschnittsalter der Bevölkerung wird daher vor allem in den sozial benachteiligten Re-

gionen mit einer Zunahme der Erkrankungslast zu rechnen sein. Diesem Umstand sollte in der zukünftigen Bedarfsplanung in Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern Rechnung getragen werden. Damit verdeutlicht die vorliegende Untersuchung auch den Wert der Daten der amtlichen Statistik für die Versorgungsforschung. Allerdings lässt sich das volle Potenzial der Daten der amtlichen Statistik mit der derzeitigen Gliederung nach Gemeinden nicht nutzen. Aus Sicht der Versorgungsforschung wäre eine bundesweite statistische Planungseinheit notwendig, die aus homogenen Einwohnerzahlen von etwa 1500 bis 4000 Einwohnern besteht und damit auch Analysen auf Ebene von Stadtteilen ermöglicht.

**Boris Kauh**, Diplom-Geograph, war von 2013 bis 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Department of International Health der Universität Maastricht und arbeitet seit 2015 als Fachberater für die AOK Nordost in der Unternehmenseinheit *Ärztliche Versorgung*. Zu seinen Aufgaben gehören Regionalanalysen von chronischen Erkrankungen und Versorgungsstrukturen mit geografischen Informationssystemen.

**Dr. Werner Maier** ist seit 2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Helmholtz Zentrum München. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehört die Erstellung von Deprivationsindizes.

**Prof. Dr. Jürgen Schweikart** ist Professor für Thematische Kartografie an der Beuth Hochschule für Technik Berlin. Einer seiner Arbeitsschwerpunkte ist die regionale Versorgungsforschung mit einem regionalen Fokus auf Berlin und Brandenburg. Er begleitet das Kooperationsprojekt zwischen der AOK Nordost und der Beuth Hochschule für Technik Berlin aus wissenschaftlicher Sicht.

**Jonas Pieper** ist seit 2004 Mitarbeiter an der Beuth Hochschule für Technik Berlin. Sein Arbeitsschwerpunkt liegt in der Anwendung und Entwicklung von Geoanalysemethoden in verschiedenen Themenbereichen, insbesondere in der medizinischen Geografie.

**Andrea Keste** ist seit 2014 Teamleiterin in der Unternehmenseinheit *Ärztliche Versorgung* der AOK Nordost und betreut das Kooperationsprojekt zwischen der AOK Nordost und der Beuth Hochschule für Technik Berlin.

**Marita Moskwyn** ist Leiterin der Unternehmenseinheit *Ärztliche Versorgung* der AOK Nordost und Haupt-Initiatorin des Kooperationsprojektes zwischen der AOK Nordost und der Beuth Hochschule für Technik Berlin.

## Quellen

- [1] Kauh, B.; Schweikart, J.; Krafft, T.; Keste, A.; Moskwyn, M. (2016): Do the risk factors for type 2 diabetes mellitus vary by location? A spatial analysis of health insurance claims in Northeastern Germany using kernel density estimation and geographically weighted regression. *International Journal of Health Geographics*. 15(1), S. 38.
- [2] Hofmeister, C.; Maier, W.; Mielck, A.; Stahl, L.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2016): Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des German Index of Multiple Deprivation (GIMD). *Das Gesundheitswesen*. 78(01), S. 42–48.
- [3] Dijkstra, A.; Janssen, F.; De Bakker, M.; Bos, J.; Lub, R.; van Wissen, L.; et al. (2013): Using spatial analysis to predict health care use at the local level: a case study of type 2 diabetes medication use and its association with demographic change and socioeconomic status. *PLoS One*; 8(8):e72730.
- [4] Cromley, E. K.; McLafferty, S. L. (2011): GIS and public health: Guilford Press.
- [5] Croft, J. B.; Lu, H.; Zhang, X.; Holt, J. B. (2016): Geographic accessibility of pulmonologists for adults with COPD: United States. *CHEST Journal*. 150(3), S. 544–553.
- [6] Schweikart, J. (2004): Geoinformationssysteme im Gesundheitswesen: Grundlagen und Anwendungen: Wichmann.
- [7] Landesamt für Bauen und Verkehr (2015): Bevölkerungsvorausschätzung 2014 bis 2030. Ämter und amtsfreie Gemeinden des Landes Brandenburg. URL: [http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt\\_wohnen/rb\\_Aemterschaetzung\\_2014\\_bis\\_2030.pdf](http://www.lbv.brandenburg.de/dateien/stadt_wohnen/rb_Aemterschaetzung_2014_bis_2030.pdf), Stand: 20.07.2017.
- [8] Kassenärztliche Bundesvereinigung (2013): Die neue Bedarfsplanung. Grundlagen, Instrumente und regionale Möglichkeiten. URL: [http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente\\_Bedarfsplanung\\_Broschuere.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Instrumente_Bedarfsplanung_Broschuere.pdf), Stand: 07.06.2017.
- [9] Kauh, B.; Maier, W.; Schweikart, J.; Keste, A.; Moskwyn, M. (2017): Exploring the small-scale spatial distribution of hypertension and its association to area deprivation based on health insurance claims in Northeastern Germany. *BMC Public Health* (In revision).
- [10] Kibele, E. U. (2012): Regional mortality differences in Germany: Springer Science & Business Media.
- [11] Göppfardth, D. (2011): Regionalmerkmale im Risikostrukturausgleich. Ein Beitrag zum funktionalen Wettbewerb und zu bedarfsgerechter Versorgung. BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell, S. 16–127.
- [12] Hofmeister, C.; Maier, W.; Mielck, A.; Stahl, L.; Breckenkamp, J.; Razum, O. (2016): Regionale Deprivation in Deutschland: Bundesweite Analyse des Zusammenhangs mit Mortalität unter Verwendung des German Index of Multiple Deprivation (GIMD). *Das Gesundheitswesen*. 17(01), S. 42–48.
- [13] Maier, W.; Holle, R.; Hunger, M.; Peters, A.; Meisinger, C.; Greiser, K.; et al. (2013): The impact of regional deprivation and individual socio-economic status on the prevalence of Type 2 diabetes in Germany. A pooled analysis of five population-based studies. *Diabetic Medicine*. 30(3): e78–e86.
- [14] Maier, W.; Scheidt-Nave, C.; Holle, R.; Kroll, L. E.; Lampert, T.; Du, Y.; et al. (2014): Area level deprivation is an independent determinant of prevalent type 2 diabetes and obesity at the national level in Germany. Results from the National Telephone Health Interview Surveys 'German Health Update' GEDA 2009 and 2010. *PLoS one*. 9(2):e89661.
- [15] Ford, M. M.; Highfield, L. D. (2016): Exploring the spatial association between social deprivation and cardiovascular disease mortality at the neighborhood level. *PLoS one*. 11(1):e0146085.
- [16] Swart, E.; von Stillfried, D. G.; Koch-Gromus, U. (2014): Kleinräumige Versorgungsforschung. Springer.
- [17] Baumgardt, B. (2013): Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung in einem Flächenland – Erfahrungen aus Brandenburg. *G&S Gesundheits- und Sozialpolitik*. 66(6), S. 20–26.
- [18] Boehme, M. W.; Buechele, G.; Frankenhauser-Mannuss, J.; Mueller, J.; Lump, D.; Boehm, B. O.; et al. (2015): Prevalence, incidence and concomitant co-morbidities of type 2 diabetes mellitus in South Western Germany – a retrospective cohort and case control study in claims data of a large statutory health insurance. *BMC Public Health*. 15(1), S. 855.
- [19] Kroll, L. E.; Lampert, T. (2012): Regionalisierung von Gesundheitsindikatoren. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. 55(1), S. 129–140.
- [20] Schäfer, T.; Pritzkeleit, R.; Jeszenszky, C.; Malzahn, J.; Maier, W.; Günther, K.; et al. (2013): Trends and geographical variation of primary hip and knee joint replacement in Germany. *Osteoarthritis and Cartilage*. 21(2), S. 279–288.
- [21] Erhart, M.; Herring, R.; Schulz, M.; Stillfried, D. (2013): Morbiditätsatlas Hamburg. Gutachten zum kleinräumigen Versorgungsbedarf in Hamburg – erstellt durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, im Auftrag der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg, S. 7.
- [22] Pritzkeleit, R.; Eisemann, N.; Richter, A.; Holzmann, M.; Gerdemann, U.; Maier, W.; et al. (2016): Krebsatlas Schleswig-Holstein: Räumliche Verteilung von Inzidenz, Mortalität und Überleben in den Jahren 2001 bis 2010: Infinite Science Publishing.
- [23] Maty, S. C.; Everson-Rose, S. A.; Haan, M. N.; Raghunathan, T. E.; Kaplan, G. A. (2005): Education, income, occupation and the 34-year incidence (1965–99) of type 2 diabetes in the Alameda County Study. *International journal of epidemiology*. 34(6), S. 1274–1281.
- [24] Patten, S. B.; Wang, J. L.; Williams, J. V.; Currie, S.; Beck, C. A.; Maxwell, C. J.; et al. (2006): Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 51(2), S. 84–90.
- [25] Kroll, L. E.; Schumann, M.; Hoebe, J.; Lampert, T. (2017): Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. 2017.
- [26] Black, N. C. (2014): An ecological approach to understanding adult obesity prevalence in the United States: a county-level analysis using geographically weighted regression. *Applied Spatial Analysis and Policy*. 7(3), S. 283–299.
- [27] Butler, D. C.; Petterson, S.; Phillips, R. L.; Bazemore, A. W. (2013): Measures of social deprivation that predict health care access and need within a rational area of primary care service delivery. *Health services research*. 48(2pt1), S. 539–559.
- [28] Orueta, J. F.; García-Álvarez, A.; García-Goñi, M.; Paolucci, F.; Nuño-Solinis, R. (2014): Prevalence and costs of multimorbidity by deprivation levels in the Basque Country: a population based study using health administrative databases. *PLoS One*. 9(2):e89787.
- [29] Pampalon, R.; Hamel, D.; Gamache, P.; Raymond, G. (2009): A deprivation index for health planning in Canada. *Chronic Dis Can*. 29(4), S. 178–191.
- [30] Maier, W.; Fairburn, J.; Mielck, A. (2012): Regional deprivation and mortality in Bavaria. Development of a community-based index of multiple deprivation. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*. 74(7), S. 416–425.

- [31] Lang, I. A.; Llewellyn, D. J.; Langa, K. M.; Wallace, R. B.; Huppert, F. A.; Melzer, D. (2008): Neighborhood deprivation, individual socioeconomic status, and cognitive function in older people: analyses from the English Longitudinal Study of Ageing. *Journal of the American Geriatrics Society*. 56(2), S. 191–198.
- [32] Lang, I. A.; Hubbard, R. E.; Andrew, M. K.; Llewellyn, D. J.; Melzer, D.; Rockwood, K. (2009): Neighborhood deprivation, individual socioeconomic status and frailty in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*. 57(10), S. 1776–1780.
- [33] Yen, I. H.; Michael, Y. L.; Perdue L. (2009): Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. *American journal of preventive medicine*. 37(5), S. 455–463.
- [34] Kauh, B.; Schweikart, J.; Maier, W.; Keste, A.; Moskwyn, M. (2017): The spatial distribution of chronic diseases and associated risk factors in health insurance claims of the AOK Nordost. *International Medical Geography Symposium 2017*; Angers, Frankreich.
- [35] Hubrich, I. (2015): Teufel Alkohol – Entwicklung der Behandlungsfälle zwischen 2000 und 2013. *Zeitschrift für amtliche Statistik Berlin Brandenburg* 3/2015, S. 58–61.
- [36] Schaefer, A. (2005): Commuting takes its toll. *Scientific American Mind*. 16(3).
- [37] Hansson, E.; Mattsson, K.; Björk, J.; Östergren, P.-O.; Jakobsson, K. (2011): Relationship between commuting and health outcomes in a cross-sectional population survey in southern Sweden. *BMC public health*. 11(1), S. 834.
- [38] Häfner, S.; Kächele, H.; Zipfel, S. (2007): Immer auf Achse – Der gesundheitliche Preis der Mobilität in einer 24-h-Gesellschaft. *PPmP-Psychotherapie Psychosomatik-Medizinische Psychologie*. 57(08), S. 307–308.
- [39] Ahmad, O. B.; Boschi-Pinto, C.; Lopez, A. D.; Murray, C. J.; Lozano, R.; Inoue, M. (2001): Age standardization of rates: a new WHO standard. Geneva: World Health Organization. 31, S. 1–14.
- [40] Besag, J.; York, J.; Mollié, A. (1991): Bayesian image restoration with two applications in spatial statistics. *Annals of the institute of statistical mathematics*. 43(1), S. 1–20.
- [41] Asaria, P.; Fortunato, L.; Fecht, D.; Tzoulaki, I.; Abellan, J. J.; Hambly, P.; et al. (2012): Trends and inequalities in cardiovascular disease mortality across 7 932 English electoral wards, 1982–2006: Bayesian spatial analysis. *International journal of Epidemiology*. 41(6), S. 1737–1749.
- [42] Kopetsch, T.; Maier, W. (2016): Analyse des Zusammenhangs zwischen regionaler Deprivation und Inanspruchnahme – Ein Diskussionsbeitrag zur Ermittlung des Arztbedarfes in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*.
- [43] Fotheringham, A. S.; Brunsdon, C.; Charlton, M. (2003): Geographically weighted regression: the analysis of spatially varying relationships: John Wiley & Sons.
- [44] Gebreab, S. Y.; Roux, A. V. D. (2012): Exploring racial disparities in CHD mortality between blacks and whites across the United States: a geographically weighted regression approach. *Health & place*. 18(5), S. 1006–1014.
- [45] Grintsova, O.; Maier, W.; Mielck, A. (2014): Inequalities in health care among patients with type 2 diabetes by individual socio-economic status (SES) and regional deprivation: a systematic literature review. *International journal for equity in health*. 13(1), S. 1.
- [46] Olives, C.; Myerson, R.; Mokdad, A. H.; Murray, C. J.; Lim, S. S. (2013): Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension in United States counties, 2001–2009. *PLoS One*. 8(4):e60308.
- [47] Skapinakis, P.; Lewis, G.; Araya, R.; Jones, K.; Williams, G. (2005): Mental health inequalities in Wales, UK: multi-level investigation of the effect of area deprivation. *The British Journal of Psychiatry*. 186(5), S. 417–422.
- [48] Gilleard, C.; Hyde, M.; Higgs, P. (2007): The impact of age, place, aging in place and attachment to place on the well-being of the over 50s in England. *Research on Aging*. 29(6), S. 590–605.
- [49] Breeze, E.; Jones, D.; Wilkinson, P.; Bulpitt, C.; Grundy, C.; Latif, A.; et al. (2005): Area deprivation, social class and quality of life among people aged 75 years and over in Britain. *International Journal of Epidemiology*. 34(2), S. 276–283.
- [50] Schnee, M. (2008): Sozioökonomische Strukturen und Morbidität in den gesetzlichen Krankenkassen. *Gesundheitsmonitor*, S. 88–104.
- [51] Wakefield, J. (2008): Ecologic studies revisited. *Annu Rev Public Health*. 29, S. 75–90.
- [52] Openshaw, S. (1984): The modifiable areal unit problem. *Geo Abstracts University of East Anglia*.
- [53] Kauh, B.; Heil, J.; Hoebe, C. J.; Schweikart, J.; Krafft, T.; Dukers-Muijters, N. H. (2015): The spatial distribution of hepatitis C virus infections and associated determinants – An application of a geographically weighted poisson regression for evidence-based screening interventions in hotspots. *PloS one*. 10(9):e0135656.
- [54] Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales (2013): Handlungsorientierter Sozialstrukturatlas Berlin 2013. Berlin.
- [55] Arsenaault, J.; Michel, P.; Berke, O.; Ravel, A.; Gosselin, P. (2013): How to choose geographical units in ecological studies: proposal and application to campylobacteriosis. *Spatial and spatio-temporal epidemiology*. 7, S. 11–24.
- [56] Tomlinson, C. J.; Chapman, L.; Thornes, J. E.; Baker, C. J. (2011): Including the urban heat island in spatial heat health risk assessment strategies: a case study for Birmingham, UK. *International journal of health geographics*. 10(1), S. 42.
- [57] U.S. Census Bureau: Geographic Terms and Concepts – Census Tracts. URL: [https://www.census.gov/geo/reference/gtc/gtc\\_ct.html](https://www.census.gov/geo/reference/gtc/gtc_ct.html), Stand: 25.07.2017.
- [58] Maier, W.; Fairburn, J.; Mielck, A. (2012): Regionale Deprivation und Mortalität in Bayern. *Entwicklung eines Index Multipler Deprivation auf Gemeindeebene. Das Gesundheitswesen*. 74(7), S. 416–425.
- [59] CBS. Wijk- en buurkaart 2016. URL: <https://www.cbs.nl/nl-nl/dossier/nederland-regionaal/geografische%20data/wijk-en-buurkaart-2016>, Stand: 25.07.2017.

## Öffentliche Sozialleistungen

## Die soziale Pflegeversicherung als fünfte Säule der gesetzlichen Sozialleistungen

von **Peter Kuchta**

Die deutsche Bevölkerung wird immer älter. Das ist an und für sich erfreulich, bedeutet jedoch nicht automatisch, älter gleich länger gesund. Die Fortschritte in Medizin, Vorsorge, sportlicher Freizeitgestaltung und Ernährungswissenschaften bieten heute zwar günstigere Voraussetzungen als noch vor 20 oder 30 Jahren, das eigene Leben zu verlängern. Sie können aber die Tatsache nicht verdrängen, dass mit zunehmendem Alter auch Krankheiten und körperliche Leiden länger und intensiver behandelt werden müssen. Das klingt paradox, die Zahlen der amtlichen Pflegestatistik belegen jedoch, dass es eine stetig wachsende Zahl von Menschen gibt, die gesundheitlich betreut werden. Die nicht proportionale Entwicklung der Bevölkerung in den einzelnen Jahrgängen zeigt deutlich, dass die älteren Jahrgänge stetig anwachsen, während gerade die jüngsten Generationen unterrepräsentiert sind. Daher kommt der professionellen Pflege eine immer größere Bedeutung zu.

### Ausgangslage

Bereits vor Einführung der Pflegeversicherung im Jahr 1995 waren rund 1,7 Mill. Menschen auf Pflege angewiesen. Hiervon wurden ca. 1,2 Mill. Menschen zu Hause betreut und knapp eine halbe Million Menschen waren in stationärer Pflege untergebracht. Wegen der Höhe der durch die Pflege – vor allem im stationären Bereich – entstandenen Kosten, wurden damals die finanziellen Mittel durch die Sozialhilfe erbracht. Ebenfalls war abzusehen, dass die Zahl älterer Menschen stetig wächst und immer weniger junge Menschen als Beitragszahler der Sozialversicherung gegenüberstehen. In Zeiten der Großfamilie war die Pflege der Angehörigen meist kein Problem. Die Familie von heute kann die Pflege von Angehörigen jedoch immer seltener bewältigen. Hier sind folgende Gründe aufzuführen:

- Immer weniger Menschen der älteren Generation haben Nachkommen/Kinder im mittleren Lebensalter, welche die Pflege übernehmen können.
- Immer mehr ältere Menschen leben nach dem Tod des Ehepartners allein.
- Von den Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern wird hohe Mobilität verlangt. Die Kinder, die die Pflege grundsätzlich übernehmen könnten, leben oft weit entfernt, sodass auch hier eine Pflege nicht möglich ist.
- Die Belastung durch Berufstätigkeit mit der gleichzeitigen Pflege von Angehörigen ist auf Dauer kaum zu bewältigen.
- Weitere Gründe sind Ehelosigkeit und Scheidung. Als fünfte Säule im deutschen Sozialversicherungssystem – nach der gesetzlichen Krankenversicherung, der Rentenversicherung, der Arbeitslosenversicherung und der Unfallversicherung – wurde 1995 die für alle Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer,

Arbeitslosen sowie Seniorinnen und Senioren verpflichtende soziale Pflegeversicherung (Sozialgesetzbuch XI) eingeführt, um das kostspielige Pflegeisiko der Bevölkerung besser absichern zu können. Im Gegensatz zur gesetzlichen Krankenversicherung deckt die Pflegeversicherung als eine Art Teilkasko-Versicherung nicht alle Leistungskosten ihrer Versicherten ab. Diese Deckungslücke können Versicherte mit privaten Pflegezusatzversicherungen schließen. Da die Pflegeversicherung mit der Gründung am 1. Januar 1995 noch über keine finanziellen Mittel verfügte, musste eine sogenannte Anschubfinanzierung erfolgen. Dies geschah, indem die Pflegeversicherung in zwei Stufen eingeführt wurde. Im Rahmen der 1. Stufe bestand zwar Beitragspflicht, jedoch konnten hier noch keinerlei Leistungen beansprucht werden. Seit dem 1. April 1995 konnten Leistungen der häuslichen Pflege zur Verfügung gestellt werden. Im Rahmen der 2. Stufe bestand seit dem 1. Juli 1996 auch ein Anspruch auf stationäre Pflegeleistungen. Ab diesem Zeitpunkt wurde auch der Beitragssatz von 1,0 % auf 1,7 % erhöht. Seit dem 1. Juli 2008 betrug der Beitragssatz 1,95 % bzw. 2,2 % für Kinderlose. Seit dem 1. Januar 2015 beträgt der Beitragssatz 2,35 % bzw. 2,60 % für Kinderlose.

Seitdem hat es verschiedene Novellierungen zur Pflegeversicherung gegeben, zuletzt mit den Pflegeestärkungsgesetzen I bis III. Durch das erste Pflegeestärkungsgesetz (PSG I)<sup>1</sup> stieg 2015 unter anderem die Leistungssätze der Pflegekassen für Versicherte mit Demenz und Pflegebedürftige mit den Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 um durchschnittlich 4%. Seit-

<sup>1</sup> Erstes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Erstes Pflegeestärkungsgesetz – PSG I) vom 17.12.2014 (BGBl. I S. 2222) (Nr. 61).

dem erhalten diese Personen auch einen auf bis zu 4000 EUR erhöhten Zuschuss für altersgerechten Wohnraumumbau (Förderung bis 2014 in Höhe von 2557 EUR).

Eine grundsätzliche Reform der Pflegeversicherung hat das zweite Pflegestärkungsgesetz (PSG II)<sup>2</sup> eingeleitet, das seit 2016 gilt, aber erst seit 2017 Veränderungen bewirkt. Damit insbesondere die vielen demenzkranken Älteren, aber auch dauerhaft psychisch kranke oder geistig behinderte Versicherte künftig die gleichen Leistungen wie körperlich Pflegebedürftige erhalten, wird das Begutachtungssystem für Hilfs- und Pflegebedürftige komplett umgestellt. Mit dem „Neuen Begutachtungssystem“ (NBA) wird künftig überprüft, wie selbstständig Versicherte noch sind. Dieses Begutachtungsverfahren löst das bisherige Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherer (MDK) ab. Entsprechend ihrer noch vorhandenen Selbstständigkeit weisen die Pflegekassen ihren Versicherten seit 2017 einen der fünf neuen Pflegegrade zu und gewähren entsprechende Leistungen. Die Einteilung der Leistungsempfängerinnen und -empfänger nach Pflegegraden 1, 2, 3, 4 und 5 löst die bisherige Einstufung nach den Pflegestufen 0, 1, 2 und 3 ab.

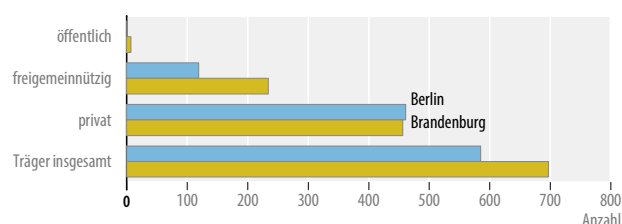
Mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III)<sup>3</sup> tragen die Kommunen seit 2017 eine zentrale Rolle bei der Beratung von Pflegebedürftigen, Menschen mit Behinderung und deren Angehörigen. Sie steuern und koordinieren künftig die Beratungsangebote in ihrem Stadt- oder Kreisgebiet und erhalten das Recht, neue Pflegestützpunkte für Hilfesuchende zu gründen. Zudem erhalten Krankenkassen mehr Prüfrechte bei betrugsverdächtigen Pflegediensten. Auch die Frage, wer die Kosten für die Pflege von Menschen mit Behinderung trägt, wurde neu geregelt.

### Zur Situation der sozialen Pflege

Kamen 2005 noch 29,1 Pflegefälle auf 1 000 Einwohner im Land Brandenburg, stieg die Zahl im Jahr 2015 auf 44,9. In Berlin entwickelte sich diese Quote weniger stark von 28,3 Pflegeempfängerinnen und -empfängern je 1 000 Einwohner im Jahr 2005 auf 33,1 im Jahr 2015. Innerhalb dieses Zeitraumes erhöhte sich in Brandenburg der Personenkreis, der Pflegeleistungen in Anspruch nahm, um 49,6%. In Berlin war im gleichen Zeitraum ein Anstieg der Leistungsempfängerinnen und -empfänger in Höhe von 21,1% zu verzeichnen. Dabei ist über alle Jahre hinweg der weibliche Anteil stets höher als der männliche. In beiden Ländern lag er immer zwischen 64% und 69%.

Nach wie vor wird ein Teil der Pflegebedürftigen von Familienangehörigen betreut. Für diese Hilfe kann Pflegegeld in Anspruch genommen werden. Die Bereitschaft bzw. der Wunsch nach Betreu-

**a | Ambulante Pflegedienste am 15. Dezember 2015 in Berlin und im Land Brandenburg nach Trägern**



#### Statistik erklärt: Pflegestatistik

Die Pflegestatistik, die nach einem bundeseinheitlichen Erhebungsprogramm seit 1999 alle zwei Jahre durchgeführt wird, sieht zwei grundsätzlich unterschiedliche Erhebungswege vor. Auf der einen Seite befragen die Statistischen Ämter der Länder im Rahmen einer Bestandserhebung jeweils zum 15. Dezember eines Jahres alle ambulanten Pflegedienste und stationären Einrichtungen. Erhoben werden Daten über die Pflegeeinrichtung, deren Personal sowie über die von den Einrichtungen betreuten Pflegebedürftigen. Die Angaben über die Pflegegeldempfängerinnen und -empfänger werden bei den Spitzenverbänden der Pflegekassen zentral durch das Statistische Bundesamt erhoben. Ziel der Statistik ist es, Daten zu Angebot und Nachfrage pflegerischer Versorgung zu gewinnen. Die Definitionen und Abgrenzungen der Statistik beruhen auf dem Sozialgesetzbuch XI, das auch die Rechtsgrundlage der Statistik bildet und 1994 in Kraft trat. Pflegebedürftige im Sinne des SGB XI sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen.

**1 | Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz 2005 bis 2015 nach Geschlecht und Leistungsarten**

Geschlecht	2005	2007	2009	2011	2013	2015
<b>Berlin</b>						
ambulante Pflege...	22 895	22 863	26 263	26 398	27 769	30 313
männlich.....	5 979	6 389	7 866	8 350	9 132	10 168
weiblich.....	16 916	16 474	18 397	18 048	18 637	20 145
stationäre Pflege...	26 814	27 069	26 013	27 031	27 528	28 299
männlich.....	6 005	6 342	6 588	7 402	7 974	8 414
weiblich.....	20 809	20 727	19 425	19 629	19 554	19 885
Pflegegeld.....	46 425	45 938	49 075	54 488	57 212	57 812
männlich.....	17 289	16 469	17 817	21 777	23 237	23 384
weiblich.....	29 136	29 469	31 258	32 711	33 975	34 428
Insgesamt	96 134	95 870	101 351	107 917	112 509	116 424
männlich	29 273	29 200	32 271	37 529	40 343	41 966
weiblich	66 861	66 670	69 080	70 388	72 166	74 458
<b>Brandenburg</b>						
ambulante Pflege...	20 639	22 662	26 068	27 892	29 391	31 981
männlich.....	5 686	6 581	7 911	8 628	9 289	10 250
weiblich.....	14 953	16 081	18 157	19 264	20 102	21 731
stationäre Pflege...	20 068	21 378	21 477	22 224	23 526	24 411
männlich.....	4 881	5 424	5 617	6 033	6 522	6 869
weiblich.....	15 187	15 954	15 860	16 191	17 004	17 542
Pflegegeld.....	33 893	41 089	38 256	45 854	50 036	55 203
männlich.....	13 514	15 819	14 524	18 407	20 565	23 098
weiblich.....	20 379	25 270	23 732	27 447	29 471	32 105
Insgesamt	74 600	85 129	85 801	95 970	102 953	111 595
männlich	24 081	27 824	28 052	33 068	36 376	40 217
weiblich	50 519	57 305	57 749	62 902	66 577	71 378

<sup>2</sup> Zweites Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Zweites Pflegestärkungsgesetz – PSG II) vom 21.12.2015 (BGBl. I S. 2424 (Nr. 54)), zuletzt geändert durch Artikel 2b vom 11.10.2016 (BGBl. I S. 2233).

<sup>3</sup> Drittes Gesetz zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 23.12.2016 (BGBl. I S. 3191).

ung durch nahe stehende Personen ist ungebrochen und hat sich in den letzten Jahren sogar verstärkt. 2015 wurden im Land Brandenburg 49,5% (2005: 45,4%) der Pflegebedürftigen von Familienangehörigen oder anderen Personen außerhalb von Pflegediensten betreut, in Berlin waren es mit 49,7% (2005: 48,3%) nur geringfügig mehr. Diese Form der Betreuung ist jedoch nicht in jedem Fall möglich, sinnvoll oder in der Praxis realisierbar. Ein Großteil der Pflegebedürftigen muss entweder stationär, oder, was für die Betroffenen nicht den Verzicht auf die gewohnte Umgebung bedeutet, ambulant durch Pflegedienste betreut werden.

### Die ambulante Pflege in Zahlen

Besonders die ambulante Pflege und auch die Zahl der häuslichen Pflegedienste haben in den vergangenen Jahren sehr stark an Bedeutung gewonnen. Das Bedürfnis nach Versorgung in vertrauter Umgebung ist verständlich und hat einen regelrechten Markt für soziale Dienstleistungen erschaffen. Von den 697 Pflegediensten 2015 im Land Brandenburg waren 99,0% in privater bzw. freigemeinnütziger Hand. Lediglich sieben Pflegedienste wurden von öffentlichen Trägern betrieben. In Berlin waren zum gleichen Zeitpunkt von den 585 Pflegediensten sogar 99,7% privat bzw. freigemeinnützig und lediglich zwei Einrichtungen in öffentlicher Trägerschaft (Abbildung a). Der Staat hält sich fast vollständig aus diesem Sektor der Pflege heraus. Nicht zuletzt auch aus diesem Grund wurden mit dem PSG III die Kontrollbefugnisse der Kommunen gestärkt, um Betrugsfällen besser vorbeugen und begegnen zu können.

Im Flächenland Brandenburg hatten im Jahr 2015 die ambulanten Pflegedienste 15 926 Beschäftigte im Einsatz, die 31 981 Personen betreuten. 36,4% der Beschäftigten gingen dabei einer Vollzeittätigkeit nach.

In Berlin pflegten 2015 in den Pflegediensten 22 327 Beschäftigte insgesamt 30 313 Personen. Hier war der Anteil der Vollzeitbeschäftigten mit 37,0% ähnlich hoch. Es scheint aber auch, dass in Berlin die ambulante Pflege noch nicht den Stellenwert hat wie es in Brandenburg der Fall ist. Waren 2015 in

Brandenburg 28,7% aller Pflegeleistungsempfängerinnen und -empfänger in ambulanter Versorgung, betrug der Anteil in Berlin im gleichen Jahr lediglich 26,0%.

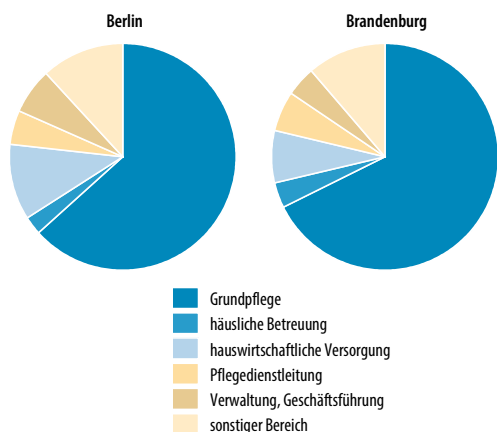
In der ambulanten Pflege vor Ort wurden 2015 in Brandenburg 78,8% des Personals eingesetzt. Das betraf vor allem die Grundpflege mit regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen wie Ernährung (zum Beispiel mundgerechtes Zubereiten und Aufnahme der Nahrung), Körperpflege (zum Beispiel Waschen, Duschen, Baden, Zahnpflege) und die Mobilität (zum Beispiel An- und Auskleiden, Gehen, Treppensteigen, Verlassen und Wiederbetreten der Wohnung). Mit 85,9% war hier der höchste Anteil an Arbeit zu verrichten. 9,5% der häuslichen Pflege betrafen die hauswirtschaftliche Versorgung wie Einkaufen, Kochen und Spülen, Wohnungsreinigung, Wechseln der Wäsche und Kleidung, während die häusliche Betreuung wie Hilfen im Umfeld der Pflegebedürftigen, Kommunikation und Aufrechterhaltung sozialer Kontakte sowie die Gestaltung des Alltags 4,6% ausmachten (Abbildung b).

In Berlin betrug der Anteil der direkt im Bereich häusliche Pflege Tätigen 76,8%, von denen 82,5% in der Grundpflege, 14,1% in der hauswirtschaftlichen Versorgung und 3,4% in der häuslichen Betreuung aktiv waren.

Von den ambulant versorgten Brandenburger Pflegebedürftigen wurden 2015 mehr als die Hälfte (57%) entsprechend der Pflegestufe I betreut, 33,3% nach der Pflegestufe II. In Berlin hatten 60,6% der Pflegebedürftigen die Pflegestufe I, während 30% in Stufe II betreut wurden (Tabelle 2).

Der anfangs dargelegte Sachverhalt zum Zusammenhang zwischen körperlichem Nachlassen und höherem Alter lässt sich eindrucksvoll an der altersmäßigen Struktur der zu Pflegenden aufzeigen. Mit 85,0% ist der Anteil der über 65-Jährigen in der ambulanten Pflege in Berlin annähernd so hoch wie in Brandenburg (88,3%). Dabei sind die Berlinerinnen mit 69,4% deutlich in der Überzahl. In Brandenburg sind 70,8% der betreffenden Altersgruppe Frauen. Dass auch die Personengruppe der unter 15-Jährigen von Pflege betroffen ist, darf nicht vergessen

**b | Personal im ambulanten Pflegedienst am 15. Dezember 2015 in Berlin und im Land Brandenburg nach überwiegender Tätigkeitsbereich**



**2 | Pflegebedürftige in Pflegediensten am 15. Dezember 2015 in Berlin und im Land Brandenburg nach Pflegestufen**

Pflegestufen	Berlin	Brandenburg
Insgesamt.....	30 313	31 981
Pflegestufe I.....	18 357	18 223
Pflegestufe II.....	9 095	10 638
Pflegestufe III.....	2 861	3 120
darunter		
Pflegestufe III (Härtefälle)	194	116
Nachrichtlich:		
ohne Pflegestufe mit		
erheblich eingeschränkter		
Alltagskompetenz.....	2 580	2 006

**4** Eine dauerhaft erhebliche Einschränkung der Alltagskompetenz kann aufgrund von demenzbedingten Fähigkeitsstörungen, geistigen Behinderungen oder psychischen Erkrankungen vorliegen. Es besteht ein erheblicher Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung.

werden. Jedoch ist deren Anteil an der Gesamtzahl der Pflegebedürftigen mit 2,5% im Jahr 2015 relativ gering. Im Jahr 2005 betrug er 2,1%.

### Die stationäre Pflege in Zahlen

Die Zahl derer, die in Pflegeheimen versorgt werden, hat sich zwischen 2005 und 2015 im Land Brandenburg um 44,1% erhöht. Nahezu 29 Tsd. Personen waren im Jahr 2015 in stationärer Pflege, von denen sich 82,8% in Dauerpflege befanden. Ein Großteil der dauerhaft zu pflegenden Personen war aufgrund erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz<sup>4</sup> in diesen Pflegeeinrichtungen untergebracht.

Wird die Altersstruktur der Pflegepersonen betrachtet, so wird deutlich, dass es sich vor allem um Menschen handelt, die bereits ein hohes Lebensalter erreicht haben. 90,5% der in den Pflegeheimen Versorgten waren älter als 70 Jahre, von denen 83,1% dauerhaft untergebracht waren.

In Berlin hat sich die Entwicklung in den stationären Pflegeeinrichtungen nicht ganz so stark vollzogen. Im Jahr 2015 wurden 14,7% mehr Bürgerinnen und Bürger in Pflegeheimen versorgt als 2005. Für ca. 31 Tsd. vor allem ältere Menschen bedeutete dies eine wichtige Form der Betreuung und Beaufsichtigung. Mit 87,8% war auch hier der überwiegende Teil 70 Jahre und älter. Die dauerhafte Unterbringung dieser Altersgruppe betraf hier 99,1%.

Vor allem private und freigemeinnützige Unternehmen haben in beiden Ländern ein absolutes Übergewicht (Tabelle 3). In den lediglich 26 von öffentlichen Hand betriebenen Pflegeeinrichtungen wurden 2015 insgesamt 2540 Personen betreut, das entspricht einem Anteil von 4,3% der zu Pflegenden.

Das Niveau in den Pflegeeinrichtungen ist nicht zuletzt abhängig von der Ausbildung und Qualifikation

des vorhandenen Personals. Natürlich spielen auch andere Faktoren, wie Modernität, Innovationsbereitschaft, finanzielle Bedingungen u. Ä. eine große Rolle, aber eine professionelle Pflege ist unersetzbar für eine gut funktionierende Versorgung.

Von dem 2015 im Land Brandenburg eingesetzten Personal (18 722 Personen) hatten lediglich 3,8% keinen Berufsabschluss. Jeder vierte Abschluss war Altenpflegerin bzw. -pfleger und Altenpflegehelferin bzw. -helfer (staatlich anerkannt). 14% der Beschäftigten waren Gesundheitspflegerinnen und -pfleger sowie Gesundheitshelferinnen und -helfer. 14,9% hatten einen sonstigen pflegerischen Beruf erlernt. In allen Pflegebereichen überwog der Frauenanteil deutlich, in Brandenburg betrug er 84,6% – außer im haustechnischen Bereich, der mit 93,0% eine Männerdomäne war. Einen Universitäts- bzw. Hochschulabschluss besaßen nur 106 Beschäftigte (0,6%).

In Berlin hatten von den 21 188 Beschäftigten in den Pflegeheimen 30,6% einen Abschluss als staatlich anerkannter Altenpfleger bzw. -helfer, 15,7% waren Gesundheits- bzw. Krankenpfleger oder -helfer und 15,1% hatten einen sonstigen pflegerischen Berufsabschluss. Keinen Berufsabschluss hatten 6,1% der in Berliner Pflegeeinrichtungen Tätigen. Mit 0,9% war auch hier der Anteil an Beschäftigten mit Universitäts- bzw. Hochschulabschluss verhältnismäßig gering. Diese Personen waren in beiden Ländern vor allem in der Geschäftsleitung und Verwaltung tätig. Der Frauenanteil lag in Berlin bei 78,9%.

### Regionale Entwicklung der professionellen sozialen Pflege

Die Entwicklung der Pflegeleistungen der vergangenen Jahre zeigt sich auch auf regionaler bzw. bezirklicher Ebene. Seit 2005 ist in allen Kreisen

### 3 | Pflegeheime am 15. Dezember 2015 in Berlin und im Land Brandenburg nach Art und Träger der Einrichtung

Art der Pflegeheime	Pflege- heime insgesamt	Träger		
		privat	frei- gemein- nützig	öffent- lich
Berlin				
Pflegeheime insgesamt.....	385	200	170	15
für ältere Menschen.....	346	180	152	14
für Behinderte.....	4	2	2	–
für psychisch Kranke.....	17	11	6	–
für Schwerkranke und Sterbende (z. B. Hospiz).....	18	7	10	1
Brandenburg				
Pflegeheime insgesamt.....	488	172	305	11
für ältere Menschen.....	468	168	290	10
für Behinderte.....	11	1	10	–
für psychisch Kranke.....	4	2	2	–
für Schwerkranke und Sterbende (z. B. Hospiz).....	5	1	3	1

### 4 | Leistungsempfänger nach dem Pflegeversicherungsgesetz 2005 bis 2015 im Land Brandenburg nach Verwaltungsbezirken

Kreisfreie Stadt Landkreis	2005		2007	2011	2013	2015		Veränderung 2015 zu 2005 in %
	insgesamt	je 1 000 Einwohner	insgesamt			insgesamt	je 1 000 Einwohner	
Brandenburg a. d. Havel	1 776	24,0	2 123	2 309	2 521	2 904	40,6	63,5
Cottbus.....	2 688	25,5	3 008	2 809	3 077	3 167	31,8	17,8
Frankfurt (Oder).....	1 794	28,1	1 990	2 140	2 276	2 432	41,9	35,6
Potsdam.....	3 304	22,4	4 039	4 584	5 095	5 300	31,6	60,4
Barnim.....	6 292	35,6	7 235	8 692	9 496	10 558	59,5	67,8
Dahme-Spreewald.....	4 674	28,9	5 176	5 472	5 770	6 323	38,4	35,3
Elbe-Elster.....	3 734	30,6	4 313	4 447	4 636	5 092	48,6	36,4
Havelland.....	4 242	27,4	4 748	4 915	5 607	6 383	40,3	50,5
Märkisch-Oderland.....	5 749	29,9	6 631	8 006	8 606	8 828	46,3	53,6
Oberhavel.....	5 898	29,5	6 761	8 056	8 248	9 315	44,9	57,9
Oberspreewald-Lausitz	3 616	27,4	3 955	3 997	4 025	4 499	40,0	24,4
Oder-Spree.....	5 622	29,5	6 628	8 501	8 788	9 189	50,4	63,4
Ostprignitz-Ruppin.....	3 928	36,4	4 548	4 943	5 563	5 721	57,7	45,6
Potsdam-Mittelmark.....	5 263	25,9	5 760	6 402	6 774	7 379	35,0	40,2
Prignitz.....	3 260	36,9	3 693	4 388	4 681	5 277	68,0	61,9
Spree-Neiße.....	3 552	25,9	3 856	3 635	3 975	4 295	36,5	20,9
Teltow-Fläming.....	4 349	26,9	4 996	5 787	6 093	6 702	41,0	54,1
Uckermark.....	4 859	34,9	5 669	6 887	7 722	8 231	68,0	69,4
Land Brandenburg	74 600	29,1	85 129	95 970	102 953	111 595	44,9	49,6

und kreisfreien Städten Brandenburgs die Zahl der Pflegebedürftigen kontinuierlich gestiegen, besonders in den Landkreisen Uckermark, Barnim und der kreisfreien Stadt Brandenburg an der Havel. Cottbus und der Landkreis Spree-Neiße hatten den geringsten Anstieg zu verzeichnen. In der Prignitz und der Uckermark sind mit jeweils 68 Fällen auf 1000 Einwohner die höchsten Anteile von Leistungsempfängenden zu verzeichnen, in den kreisfreien Städten Cottbus und Potsdam mit jeweils rund 32 Fällen hingegen die wenigsten. (Tabelle 4).

Aber auch in der ambulanten Pflege hat sich zwischen 2005 und 2015 regional eine positive Entwicklung vollzogen. Außer in der Stadt Cottbus ist in allen Kreisen und kreisfreien Städten des Landes Brandenburg eine Zunahme der ambulanten Pflegedienste zu verzeichnen (+36,9%), besonders in

Brandenburg an der Havel, Potsdam-Mittelmark und der Uckermark. Im genannten Zeitraum hat sich der Personalbestand im ambulanten Bereich mehr als verdoppelt (106,5%) und ist zu einem starken regionalen Wirtschaftsfaktor geworden. Dabei hat sich ein Trend zu mehr Personal innerhalb der einzelnen Dienste entwickelt.

Die wachsende Zahl von Pflegebedürftigen, die permanenter Fürsorge bedürfen, hatte auch zur Folge, dass die Zahl neuer Pflegeeinrichtungen auf allen regionalen Ebenen gestiegen ist. Hier sind es vor allem Brandenburg an der Havel und die Landkreise Barnim und Potsdam-Mittelmark, die ihre Präsenz im stationären Pflegebereich stark ausgebaut haben. Im stationären Bereich ging der Anstieg des Personals annähernd synchron mit dem Anwachsen der Zahl der Pflegeeinrichtungen einher (Tabelle 5).

## 5 | Pflegedienste und Pflegeheime 2005 und 2015 im Land Brandenburg nach Verwaltungsbezirken

Kreisfreie Stadt Landkreis	Anzahl Pflegedienste		Personal in Pflegediensten		Anzahl Pflegeheime		Personal in Pflegeeinrichtungen	
	2005	2015	2005	2015	2005	2015	2005	2015
Brandenburg an der Havel	10	19	181	885	9	17	372	548
Cottbus.....	25	24	330	550	17	19	635	879
Frankfurt (Oder).....	11	15	119	292	12	15	606	748
Potsdam.....	21	29	489	715	13	23	459	954
Barnim.....	33	49	392	1 020	29	44	1 050	1 704
Dahme-Spreewald.....	34	48	541	849	18	28	744	983
Elbe-Elster.....	33	45	455	1 011	11	21	438	624
Havelland.....	32	40	510	963	17	28	630	947
Märkisch-Oderland.....	31	48	468	1 023	23	41	955	1 566
Oberhavel.....	43	48	700	1 119	27	31	1 006	1 401
Oberspreewald-Lausitz.....	23	31	297	591	13	22	640	950
Oder-Spree.....	33	41	464	1 239	20	27	857	1 334
Ostprignitz-Ruppin.....	29	44	489	1 022	18	23	551	796
Potsdam-Mittelmark.....	32	52	586	1 233	29	39	1 024	1 441
Prignitz.....	18	27	352	674	9	25	455	765
Spree-Neiße.....	31	34	380	674	20	31	580	903
Teltow-Fläming.....	32	42	470	806	16	28	846	1 270
Uckermark.....	38	61	490	1 260	19	26	649	909
Land Brandenburg	509	697	7 713	15 926	320	488	12 497	18 722

## 6 | Pflegedienste und Pflegeheime 2007 und 2015 in Berlin nach Bezirken

Bezirke	Anzahl Pflegedienste		Personal in Pflegediensten		Anzahl Pflegeheime		Personal in Pflegeeinrichtungen	
	2007 <sup>1</sup>	2015	2007 <sup>1</sup>	2015	2007 <sup>1</sup>	2015	2007 <sup>1</sup>	2015
Mitte.....	53	62	1 825	2 067	29	28	1 488	1 838
Friedrichshain-Kreuzberg...	34	44	1 982	2 331	15	19	708	1 097
Pankow.....	38	47	1 382	1 791	37	42	2 023	2 413
Charlottenburg- Wilmerdorf.....	59	110	1 936	4 066	40	41	1 751	1 908
Spandau.....	38	42	1 246	1 523	28	29	1 492	1 555
Steglitz-Zehlendorf.....	33	40	1 243	1 503	70	64	2 680	3 165
Tempelhof-Schöneberg.....	47	68	1 636	2 283	30	34	1 492	1 556
Neukölln.....	29	38	1 050	1 447	19	22	1 141	1 305
Treptow-Köpenick.....	26	28	795	1 043	23	26	1 346	1 832
Marzahn-Hellersdorf.....	19	34	815	1 359	21	22	1 135	1 361
Lichtenberg.....	19	35	677	1 387	28	35	1 487	1 641
Reinickendorf.....	36	37	1 498	1 527	24	23	992	1 517
Berlin	431	585	16 085	22 327	364	385	17 735	21 188

<sup>1</sup> Erst seit der Berichterstattung für 2007 liegen verlässliche Daten vor.

Auch in den Berliner Bezirken spiegeln sich die gewachsene Bedeutung der Pflege und die damit verbundenen Entwicklungen besonders in der ambulanten Versorgung und dem Zuwachs an stationären Pflegeeinrichtungen wider. Gegenüber 2007 stieg die Zahl der ambulanten Pflegedienste in allen Bezirken, in Lichtenberg und Charlottenburg-Wilmersdorf beispielsweise auf fast das Doppelte. Auch bezüglich des Personals der ambulanten Pflegedienste war in allen Bezirken eine zum Teil erhebliche Entwicklung nach oben zu verzeichnen. In Lichtenberg (204,9%) und Charlottenburg-Wilmersdorf (210,0%) hat sich die Zahl der Beschäftigten zwischen 2007 und 2015 mehr als verdoppelt. Lediglich Reinickendorf bildet diesbezüglich eine Ausnahme. Hier haben sich über die Jahre diesbezüglich kaum Veränderungen vollzogen (Tabelle 6).

#### 7 | Pflegegeldempfänger 2005 und 2015 im Land Brandenburg nach Verwaltungsbezirken

Kreisfreie Stadt Landkreis	Pflegegeld- empfänger mit ausschließlich Pflegegeld		Verände- rung 2015 zu 2005 in %
	2005	2015	
Brandenburg an der Havel	668	1 114	66,8
Cottbus.....	855	1 105	29,2
Frankfurt (Oder).....	736	1 069	45,2
Potsdam.....	1 405	2 363	68,2
Barnim.....	3 196	5 601	75,3
Dahme-Spreewald.....	2 045	3 161	54,6
Elbe-Elster.....	1 864	2 245	20,4
Havelland.....	1 886	2 884	52,9
Märkisch-Oderland.....	2 844	5 000	75,8
Oberhavel.....	2 630	4 862	84,9
Oberspreewald-Lausitz.....	1 794	2 125	18,5
Oder-Spree.....	3 028	5 416	78,9
Ostprignitz-Ruppin.....	1 761	2 868	62,9
Potsdam-Mittelmark.....	2 071	3 371	62,8
Prignitz.....	1 497	2 556	70,7
Spree-Neiße.....	1 582	1 912	20,9
Teltow-Fläming.....	1 773	3 123	76,1
Uckermark.....	2 258	4 428	96,1
Land Brandenburg	33 893	55 203	62,9

#### Die häusliche Pflege in Zahlen

Die Pflege für einen nahestehenden Menschen zu übernehmen ist eine besonders schwierige Aufgabe für alle, ob berufstätig oder nicht. Dass es für diese Pflege Pflegegeldleistungen gibt, ist sicher eine große Hilfe. Dabei wird jedoch auch deutlich, dass je un-selbstständiger die zu pflegende Person wird, desto professioneller muss irgendwann die Hilfe sein. Besonders, wenn es sich um den Pflegegrad III handelt, stößt private häusliche Pflege schnell an ihre Grenzen.

Die Zahl derer, die Pflegegeldleistungen erhalten, hat sich in Brandenburg von 2005 zu 2015 um nahezu zwei Drittel (62,9%) erhöht, in Berlin waren es 24,5%. Die Pflege zu Hause betraf vorwiegend die Altersgruppe der ab 70-Jährigen mit 69,1% im Land Brandenburg und 64,7% in Berlin.

55 203 Personen erhielten im Jahr 2015 im Land Brandenburg Leistungen in Form von Pflegegeld. Besonders in den Landkreisen Uckermark, Oberhavel, Oder-Spree, Teltow-Fläming, Märkisch-Oderland und Barnim hat sich die Zahl der zu Pflegenden zwischen 2005 und 2015 jeweils um mehr als 75% erhöht. Dagegen betrug der Zuwachs im Landkreis Elbe-Elster lediglich 20,4%. Auch im Landkreis Spree-Neiße und in der kreisfreien Stadt Cottbus fiel der Anstieg im regionalen Vergleich verhältnismäßig gering aus (Tabelle 7).

#### Fazit

Die Pflege von Menschen im Alter oder bei Behinderungen jeglicher Art, ob von zu Hause durch Angehörige, durch ambulante Pflegedienste oder in Pflegeeinrichtungen, ist eine gesellschaftliche Aufgabe. Das stetig zunehmende Bedürfnis nach häuslicher Pflege und die weiter steigende Zahl von Pflegeheimen bedingt, dass Pflegeberufe an Bedeutung gewinnen. Ohne die Attraktivität dieser Berufszweige zu erhöhen, wird dies eine kaum zu bewältigende Aufgabe. In Zeiten der zunehmenden Überalterung der Gesellschaft wird die Bedeutung der Pflege weiter wachsen und auch finanzielle, infrastrukturelle medizinisch-organisatorische Dimensionen erreichen, die ohne eine klare und konkrete Zukunftsplanung nicht mehr funktionieren werden. Auch in familiärer und persönlicher Hinsicht werden zukünftig höhere Anforderungen an die Mitglieder der Gesellschaft zu kommen.



**Peter Kuchta** leitet das Referat Kinder- und Jugendhilfe, Soziales, Rechtspflege des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

## Öffentliche Sozialleistungen

## Sozialhilfe bleibt ein Element der Grundsicherung

von **Peter Kuchta**

Mit der Neugestaltung des Sozialhilferechts zum 1. Januar 2005 durch die Zusammenführung der Arbeitslosenhilfe und der laufenden Hilfe zum Lebensunterhalt im Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II)<sup>1</sup> sowie der Integration des Bundessozialhilfegesetzes und des Gesetzes über die bedarfsorientierte Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung als Zwölftes Buch im Sozialgesetzbuch (SGB XII)<sup>1</sup> kam es zu gravierenden Veränderungen und Umverteilungen im sozialen Bereich. Alle erwerbsfähigen Hilfeempfängerinnen und -empfänger außerhalb von Einrichtungen und die mit ihnen in einer Bedarfsgemeinschaft lebenden Personen erhalten seitdem das Arbeitslosengeld II (SGB II). Nur nicht erwerbsfähige Hilfebedürftige, die ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln oder andere Sozialleistungen decken können, erhalten Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen: die Sozialhilfe.

### Zur Historie sozialer Leistungen

Das Bundesverwaltungsgericht hatte am 24. Juni 1954 entschieden (BVerwGE 1, 159), dass sich aus den Grundrechten auf Schutz der Menschenwürde (Art. 1 GG)<sup>3</sup>, der freien Entfaltung der Persönlichkeit und körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 GG) sowie dem Sozialstaatsgebot (Art. 20 GG) ein gerichtlich durchsetzbarer Rechtsanspruch des Bürgers auf soziale Fürsorge durch den Staat ergibt. Daraufhin wurde in der Bundesrepublik Deutschland 1961 mit dem Bundessozialhilfegesetz ein einheitliches Sozialhilferecht geschaffen. Vereinheitlicht wurden allerdings nur die allgemeinen Regeln. Die Höhe der tatsächlich ausgezahlten Sozialhilfeleistung und viele Einzelheiten der Hilfegewährung wurden von den Bundesländern bestimmt. Die Bundesländer koordinierten ihre diesbezügliche Politik dadurch, dass sie in der Regel den Empfehlungen des von den Sozialhilfebehörden und Sozialverbänden getragenen Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge e.V. folgten. Erst seit 1976 galt ein bundeseinheitlicher Regelsatz.

Zu Beginn des Jahres 2005 trat dann eine neue Gesetzgebung in Kraft, die zu einer gravierenden Umorganisation führte. Im Prinzip wurde die Sozialhilfe weitestgehend abgeschafft, denn die Umstrukturierung der Sozialleistungen führte dazu, dass sich die Zahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger um ca. 97% in ganz Deutschland reduzierte. Die Zahl der Hilfebedürftigen mit Leistungen wurde

deswegen nicht geringer, sondern in andere Hilfearten eingepasst. Im Rahmen des SGB XII – Sozialhilfe werden im Einzelnen folgende Leistungen unterschieden:

- 3. Kapitel SGB XII – Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27–40): Hilfe zum Lebensunterhalt ist Personen zu leisten, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus eigenen Kräften und Mitteln bestreiten können.
- 4. Kapitel SGB XII – Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41–46): Leistungsberechtigt nach diesem Kapitel sind ältere und dauerhaft voll erwerbsgeminderte Personen mit gewöhnlichem Aufenthalt im Inland, die ihren notwendigen Lebensunterhalt nicht oder nicht ausreichend aus Einkommen und Vermögen nach § 43 bestreiten können.
- 5. Kapitel SGB XII – Hilfen zur Gesundheit (§§ 47–52): Vorbeugende Gesundheitshilfe, Hilfe bei Krankheit, Hilfe zur Familienplanung, Hilfe bei Schwangerschaft und Mutterschaft, Hilfe bei Sterilisation
- 6. Kapitel SGB XII – Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53–60): Personen, die durch eine Behinderung im Sinne von § 2 Abs. 1 Satz 1 des Neunten Buches wesentlich in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, eingeschränkt oder von einer solchen wesentlichen Behinderung bedroht sind, erhalten Leistungen der Eingliederungshilfe, wenn und solange nach der Besonderheit des Einzelfalles, insbesondere nach Art oder

<sup>1</sup> Das Zweite Buch Sozialgesetzbuch – Grundsicherung für Arbeitsuchende – in der Fassung der Bekanntmachung vom 13. Mai 2011 (BGBl. I S. 850, 2094), das zuletzt durch Artikel 158 des Gesetzes vom 29. März 2017 (BGBl. I S. 626) geändert worden ist.

<sup>2</sup> Das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch – Sozialhilfe – (Artikel 1 des Gesetzes vom 27. Dezember 2003, BGBl. I S. 3022, 3023), das zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2575) geändert worden ist.

<sup>3</sup> Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland (GG) in der im Bundesgesetzblatt Teil III, Gliederungsnummer 100-1, veröffentlichten bereinigten Fassung, das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 23. Dezember 2014 (BGBl. I S. 2438) geändert worden ist.

Schwere der Behinderung, Aussicht besteht, dass die Aufgabe der Eingliederungshilfe erfüllt werden kann. Personen mit einer anderen körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung können Leistungen der Eingliederungshilfe erhalten.

- 7. Kapitel SGB XII – Hilfe zur Pflege (§§ 61–66): Personen, die pflegebedürftig im Sinne des § 61 a sind, haben Anspruch auf Hilfe zur Pflege, soweit ihnen und ihren nicht getrennt lebenden Ehegatten oder Lebenspartnern nicht zuzumuten ist, dass sie die für die Hilfe zur Pflege benötigten Mittel aus dem Einkommen und Vermögen nach den Vorschriften des Elften Kapitels aufbringen. Sind die Personen minderjährig und unverheiratet, so sind auch das Einkommen und das Vermögen ihrer Eltern oder eines Elternteils zu berücksichtigen.
- 8. Kapitel SGB XII – Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67–69): Personen, bei denen besondere Lebensverhältnisse mit sozialen Schwierigkeiten verbunden sind, sind Leistungen zur Überwindung dieser Schwierigkeiten zu erbringen, wenn sie aus eigener Kraft hierzu nicht fähig sind.
- 9. Kapitel SGB XII – Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70–74): Personen mit eigenem Haushalt sollen Leistungen zur Weiterführung des Haushalts erhalten, wenn weder sie selbst noch, falls sie mit anderen Haushaltsangehörigen zusammenleben, die anderen Haushaltsangehörigen den Haushalt führen können und die Weiterführung des Haushalts geboten ist. Die Leistungen sollen in der Regel nur vorübergehend erbracht werden.

### Wer bezieht soziale Leistungen?

Durch die amtliche Statistik werden jährlich alle erforderlichen Daten zu den sozialen Leistungen des Staates erhoben und ausgewertet. Auskunftspflichtig sind nach SGB XII § 125 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit § 15 BStatG die Sozialämter der Kreise und kreisfreien Städte. Im Folgenden wird ausschließlich die Entwicklung der Hilfe zum Lebensunterhalt<sup>4</sup> nach Kapitel 3 SGB XII untersucht.

Der Rückgang der eigentlichen Sozialhilfe seit 2005 hat erhebliche Auswirkungen auf langfristige Untersuchungen zum Thema. So sank die Zahl der Brandenburger Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger von 78 186 Ende 2004 um 88,7% auf 8 867 zum Jahresende 2005. In den Folgejahren stabilisierte sich die Zahl der Empfangsberechtigten mit einer leichten Aufwärtstendenz. Am Ende des Jahres 2015 bezogen in Brandenburg 10 777 Personen Hilfe zum Lebensunterhalt, davon waren 6 101 männlich (56,6%) und 4 676 weiblich. In Berlin gab es im gleichen Zeitraum 23 037 Empfängerinnen und Empfänger von Hilfen zum Lebensunterhalt. Der Anteil

männlicher Personen betrug 53,7%. Da diese Leistung auf Bedarfsgemeinschaften basiert und somit alle im Haushalt lebenden Empfangsberechtigten einschließt, erhalten auch Kinder Hilfen zum Lebensunterhalt. 2015 waren in Brandenburg 11,1% der Minderjährigen Bezieher von Sozialhilfe, in Berlin fiel der Anteil mit 9,8% etwas niedriger aus.

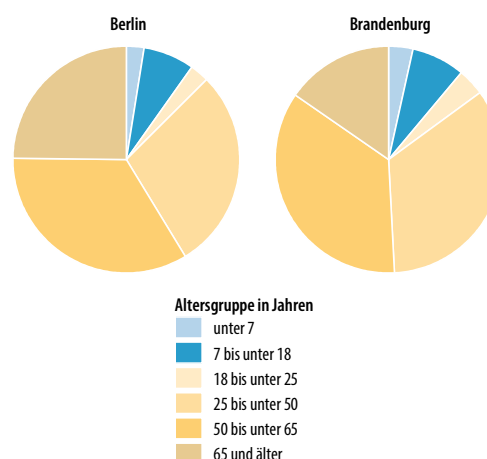
Die Mehrzahl der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger war 2015 in Einrichtungen untergebracht. Dieser Sachverhalt ist aber seit zehn Jahren zugunsten der eigenen Wohnung rückläufig. Waren es 2006 noch 80,4% der Brandenburger Empfängerinnen und Empfänger, so sank deren Anteil bis 2015 auf 59,3%. In Berlin ging der Anteil von 68,5% auf 52,7% zurück.

Wird das Durchschnittsalter der Leistungsempfängerinnen und -empfänger betrachtet, so wird deutlich, dass gerade ältere Personen beider Geschlechter betroffen sind. In Brandenburg lag es 2015 bei 47,1 Jahren, in Berlin bei 51,7 Jahren. 50,8% der Brandenburger Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger waren über 50 Jahre alt, in Berlin lag ihr Anteil bei 58,7%.

Die Sozialhilfe ist vor allem und prinzipiell eine Geldleistung, die bundeseinheitlich festgelegt und für alle Kommunen bindend ist. Seit 1. Januar 2017 gelten folgende Sätze<sup>5</sup>:

- Alleinstehend/Alleinerziehend:  
Regelbedarfsstufe 1 = 409 EUR
- Erwachsene nicht erwerbsfähige/Behinderte (z. B. Wohngemeinschaft):  
Regelbedarfsstufe 1 = 409 EUR
- Paare je Partner, Bedarfsgemeinschaften:  
Regelbedarfsstufe 2 = 368 EUR Erwachsene  
Behinderte in stationären Einrichtungen (bis 2019):  
Regelbedarfsstufe 3 = 327 EUR
- Jugendliche vom Beginn des 15. bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres:  
Regelbedarfsstufe 4 = 311 EUR
- Kinder vom Beginn des siebten bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres:  
Regelbedarfsstufe 5 = 291 EUR
- Kinder bis Vollendung des sechsten Lebensjahres:  
Regelbedarfsstufe 6 = 237 EUR

a | Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt 2015 in Berlin und im Land Brandenburg nach Altersgruppen



<sup>4</sup> Im Folgenden wird für die statistisch korrekte Bezeichnung „Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt“ der Begriff „Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger“ verwendet.

<sup>5</sup> Gesetz zur Ermittlung der Regelbedarfe nach § 28 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch (Regelbedarfs-Ermittlungsgesetz - RBEG) vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3159), das durch Artikel 2 des Gesetzes vom 22. Dezember 2016 (BGBl. I S. 3159) geändert worden ist.

Die Regelsätze können in einer ersten Stufe um bis zu 25 % gekürzt werden, z. B. bei Weigerung des Sozialhilfeempfängers, eine zumutbare Tätigkeit oder die Teilnahme an einer erforderlichen Vorbereitung aufzunehmen (§ 39 a SGB XII). Bei wiederholter Ablehnung kann weiter in 25 %-Stufen gekürzt werden. Die Regelsätze müssen vom Sozialhilfeträger höher angesetzt werden, wenn ein Sozialhilfeempfänger einen individuellen Bedarf hat, der laufend (nicht nur einmalig) höher ist als der durchschnittliche Bedarf (§ 27a Satz 4 SGB XII). Dieser höhere Bedarf muss im Einzelfall nachgewiesen werden und er muss unabweisbar sein, das heißt, es gibt keine andere Möglichkeit, die Absicherung einer menschenwürdigen Existenz kostengünstiger zu erreichen. Beispiele dafür können sein:

- laufend erhöhte Essenskosten, zum Beispiel infolge von Allergien, Zöliakie usw.
- erhöhter Wäscheverschleiß oder besonderer Reinigungsbedarf bei Behinderung
- erhöhte Fahrtkosten, damit ein nicht sorgeberechtigter Elternteil seine Kinder besuchen kann<sup>6</sup>
- Fahrtkosten zum Besuch des inhaftierten Ehepartners<sup>7</sup>

In der Realität sind diese Regelsätze durch andere bestimmende Faktoren nie vollständig umsetzbar. So betrug 2015 der durchschnittliche Bruttobedarf pro Person im Land Brandenburg 413 EUR, in Einrichtungen waren es 217 EUR und außerhalb von Einrichtungen 721 EUR. In Berlin lagen die Beträge wesentlich höher: bei 508 EUR, 278 EUR bzw. 779 EUR. Der tatsächlich geleistete Nettobedarf an Sozialhilfeleistungen pro Person lag in Brandenburg bei durchschnittlich 160 EUR in Einrichtungen und 362 EUR außerhalb davon. Der Nettobedarf je Berliner Sozialhilfeempfängerinnen bzw. -empfänger betrug durchschnittlich 199 EUR in Einrichtungen und 434 EUR außerhalb.

Von den 10 445 Personengemeinschaften<sup>8</sup> von Empfängerinnen und Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt insgesamt im Land Brandenburg

erhielten 57,5 % ausschließlich diese alleinige Zuwendung, der überwiegende Teil davon in Einrichtungen (87,7 %). Außerhalb von Einrichtungen hatten immerhin 735 Personengemeinschaften (12,3 %) nur diese eine Einkommensquelle. In Berlin waren 46,8 % aller Personengemeinschaften betroffen. Zwar lebte auch hier die Mehrheit in Einrichtungen (80,9 %), jedoch deutlich weniger als in Brandenburg.

Die Gewährung von Sozialhilfe ist prinzipiell nicht an eine Zeitdauer gebunden, gleichwohl können persönliche Umstände eintreten, die eine Beendigung der Leistungserbringung begründen. Von Relevanz ist daher auch, wie lange Personen Sozialhilfe beziehen.

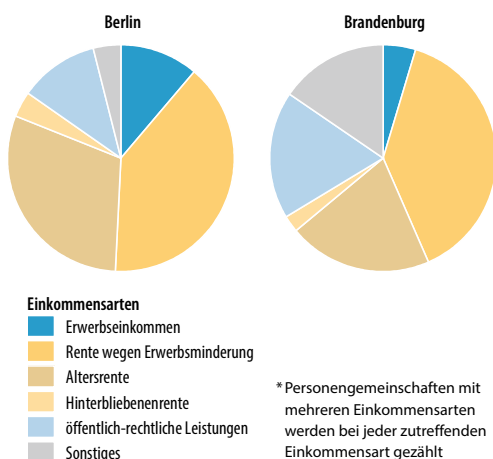
Die durchschnittliche Dauer der Hilfestellung in Brandenburg lag bis einschließlich 2015 für Personen und Personengemeinschaften in Einrichtungen bei 76,8 Monaten und außerhalb bei 25,7 Monaten. In Berlin dauerten die Hilfeleistungen durchschnittlich 84,2 Monate in Einrichtungen und lagen außerhalb davon bei 39,4 Monaten.

Die mit Abstand größte Personengruppe mit Hilfestellung befand sich in Einrichtungen und erhielt Unterstützung für mehr als 60 Monate. Auf 37,1 % aller Personengemeinschaften im Land Brandenburg traf dieser Sachverhalt zu, in Berlin waren es 39,8 %.

Auch Personen mit ausländischer Staatsangehörigkeit können Sozialhilfe erhalten, wenn der Aufenthaltsrechtliche Status geklärt ist und ein Bleiberecht gewährt wurde. 2015 erhielten im Land Brandenburg insgesamt 102 nichtdeutsche Personen Sozialhilfe (0,9 % der Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger), in Berlin waren es 1961 Personen (8,5 %). Dabei waren in beiden Ländern die Altersgruppen zwischen 40 und 65 Jahre mit 57,8 % (Brandenburg) und 53,7 % (Berlin) am häufigsten vertreten. Der Anteil der unter 18-jährigen Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfeleistungen war in Berlin mit 13,5 % fast doppelt so hoch wie im Land Brandenburg (7,8 %).

Von den 10 777 Brandenburger Empfängerinnen und Empfängern von Sozialhilfe lebten 2015 die meisten in den Landkreisen Oberhavel (7,8 %) und Märkisch-Oderland (7,3 %), die wenigsten im Landkreis Dahme-Spreewald (4,7 %). Gemessen an der Bevölkerungszahl hatten die kreisfreie Stadt Frankfurt (Oder) und die Prignitz mit sieben Empfängerinnen und Empfängern je 1000 Einwohner anteilmäßig die höchste Dichte. Die wenigsten Sozialhilfeempfängerinnen und -empfänger, gemessen an der Bevölkerung, gab es in den Landkreisen Dahme-Spreewald und Potsdam-Mittelmark mit jeweils drei Empfängerinnen und Empfängern je 1000 Einwohner.

**b | Anteil der einzelnen Einkommensarten am angerechneten bzw. in Anspruch genommenen Einkommen\* in Berlin und im Land Brandenburg**



<sup>6</sup> Urteil des Bundesverwaltungsgerichts vom 22.08.1995 – BVerwG 5 C 15/94.

<sup>7</sup> Grube, Christian; Warendorf, Prof. Dr. Volker; Bieback, Dr. Karin; Flint, Dr. Thomas; Streichsbier, Klaus (2014): SGB XII – Kommentar, 5. Auflage, Verlag C.H. Beck München, § 28, Rdnr. 13.

<sup>8</sup> Zur Personengemeinschaft zählen alle Haushaltsangehörigen, die in die gemeinsame Berechnung des Anspruchs auf die Hilfe zum Lebensunterhalt mit einbezogen werden. Konkret gehören zur Personengemeinschaft nicht getrennt lebende Ehegatten oder Lebenspartner und deren im Haushalt leben-

de, minderjährige und unverheiratete Kinder (§ 27 Absatz 2 Satz 2 SGB XII), sowie Personen, die in eheähnlicher Gemeinschaft leben und deren mit im Haushalt lebende, minderjährige und unverheiratete Kinder (§ 20 SGB XII).

### 1 | Personengemeinschaften<sup>1</sup> von Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt in Berlin und im Land Brandenburg am 31. Dezember 2015 nach Bruttobedarf in EUR pro Monat und Typ der Personengemeinschaft

Typ der Personengemeinschaft	Ins- gesamt	Davon mit einem Bruttobedarf von ... EUR pro Monat				Durchschnittlicher Bruttobedarf in EUR pro Monat	Ins- gesamt	Davon mit einem Bruttobedarf von ... EUR pro Monat				Durchschnittlicher Bruttobedarf in EUR pro Monat
		unter 300	300 bis unter 500	500 bis unter 1 000	1 000 und mehr			unter 300	300 bis unter 500	500 bis unter 1 000	1 000 und mehr	
Berlin												
Personengemeinschaften												
insgesamt.....	22 410	9 857	2 124	8 172	2 257	508	10 445	5 423	581	4 140	301	413
in Einrichtungen.....	12 128	9 417	1 343	260	1 108	278	6 386	5 373	36	962	15	217
außerhalb von Einrichtungen.....	10 282	440	781	7 912	1 149	779	4 059	50	545	3 178	286	721
mit Haushaltsvorstand												
zusammen.....	8 882	30	370	7 423	1 059	820	3 228	17	118	2 836	257	771
Ehepaare												
ohne Kinder unter 18 Jahren.....	41	–	–	1	40	1 348	33	–	–	3	30	1 207
mit Kindern unter 18 Jahren.....	1	–	–	–	1	1 254	3	–	–	–	3	1 622
Nicht eheliche Lebensgemeinschaften												
ohne Kinder unter 18 Jahren.....	7	–	–	–	7	1 463	14	–	–	5	9	1 029
mit Kindern unter 18 Jahren.....	1	–	–	–	1	2 217	1	–	–	–	1	1 520
Einzel nachgewiesene Haushaltsvorstände.....	8 631	30	370	7 407	824	801	3 054	17	117	2 823	97	741
männlich.....	4 688	13	268	3 989	418	789	1 770	14	67	1 622	67	739
weiblich.....	3 943	17	102	3 418	406	816	1 284	3	50	1 201	30	744
Haushaltsvorstände												
männlich mit Kindern unter 18 Jahren	31	–	–	2	29	1 375	22	–	–	2	20	1 262
weiblich mit Kindern unter 18 Jahren.....	170	–	–	13	157	1 506	101	–	1	3	97	1 367
ohne Haushaltsvorstand												
zusammen.....	1 181	410	402	360	9	425	749	33	424	287	5	482
Anderweitig nicht erfasste Personengemeinschaften	219	–	9	129	81	999	82	–	3	55	24	936

1 Personengemeinschaften, für die eine gemeinsame Bedarfsberechnung erfolgt.

### 3 | Personengemeinschaften<sup>1</sup> von Empfängern von Hilfe zum Lebensunterhalt am 31. Dezember 2015 in Berlin und dem Land Brandenburg nach der Dauer der Hilfestellung

Typ der Personengemeinschaft	Ins-gesamt	Davon mit einer bisherigen Dauer der Hilfestellung von ... Monaten										Durchschnittliche bisherige Hilfestellung in Monaten
		unter 3	3 bis unter 6	6 bis unter 9	9 bis unter 12	12 bis unter 18	18 bis unter 24	24 bis unter 36	36 bis unter 48	48 bis unter 60	60 und mehr	
Berlin												
Personengemeinschaften												
insgesamt.....	22 410	645	822	771	858	1 614	1 221	1 903	1 574	1 452	11 550	63,6
in Einrichtungen.....	12 128	160	217	190	190	360	320	644	587	551	8 909	84,2
außerhalb von Einrichtungen....	10 282	485	605	581	668	1 254	901	1 259	987	901	2 641	39,4
Brandenburg												
Personengemeinschaften												
insgesamt.....	10 445	636	638	523	581	824	697	1 013	672	537	4 324	56,9
in Einrichtungen.....	6 386	200	189	167	239	282	251	519	344	316	3 879	76,8
außerhalb von Einrichtungen....	4 059	436	449	356	342	542	446	494	328	221	445	25,7

1 Personengemeinschaften, für die eine gemeinsame Bedarfsberechnung erfolgt.

In Berlin lebten im Bezirk Lichtenberg mit Abstand die meisten Sozialhilfebezieherinnen und -bezieher (18,9%), gefolgt von Mitte mit 10,7%. Gemessen an der Bevölkerung war ebenfalls Lichtenberg mit 16 Beziehern je 1000 Einwohner am stärksten betroffen, gefolgt von Spandau, Marzahn-Hellersdorf, Mitte und Reinickendorf mit je sieben Bezieherinnen und Beziehern je 1000 Einwohner. In Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf wurden 2015 mit vier Bezieherinnen und Beziehern je 1000 Einwohner die wenigsten Empfängerinnen und Empfänger von Sozialhilfen gezählt. Mit 22,5% war die Altersgruppe der 25- bis unter 50-Jährigen in Lichtenberg mehr als dreimal so oft vertreten wie in allen anderen Bezirken. Auch bei den 50- bis unter 65-Jährigen fiel der Anteil mit 19,3% mehr als doppelt so hoch aus wie in den anderen Berliner Bezirken.



### Fazit

Obwohl die Sozialhilfe nicht mehr die Ausmaße wie noch 2004 hat, ist sie nach wie vor ein wesentlicher Bestandteil der Grundversorgung vieler Menschen. Sie genügt zwar nicht den gesellschaftlichen Ansprüchen an ein soziales und menschenwürdiges Leben (auch vom Bundesverfassungsgericht betont)<sup>9</sup>, bleibt jedoch bis auf Weiteres unverzichtbar. Es ist das Gebot der Politik, hier weitere Verbesserungen einzuleiten und eine für alle Bürgerinnen und Bürgern gerechte Sozialpolitik nicht aus den Augen zu verlieren.

**Peter Kuchta** leitet das Referat  
*Kinder- und Jugendhilfe, Soziales,  
Rechtspflege* des Amtes für Statistik  
Berlin-Brandenburg.

<sup>9</sup> BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 09. Februar 2010 – 1 BvL 1/09 – Rn. (1-220), URL: [http://www.bverfg.de/e/ls20100209\\_1bvl000109.html](http://www.bverfg.de/e/ls20100209_1bvl000109.html), Stand: 27.07.2017.

## Neuerscheinung

## Bestandsaufnahme zu möglichen Nachhaltigkeitsindikatoren Brandenburg

Im April 2014 beschloss die Landesregierung Brandenburg die Nachhaltigkeitsstrategie für das Land (LNHS). An ihr soll sich die weitere Entwicklung des Landes orientieren. Mit dem kürzlich erschienenen Bericht „Bestandsaufnahme zu möglichen Nachhaltigkeitsindikatoren Brandenburg“ erarbeitete das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) einen Datenüberblick für ausgewählte Indikatoren. Dazu wurde eine überschaubare Anzahl von geeigneten Indikatoren ausgewählt, die für die Abbildung und Beobachtung der nachhaltigen Entwicklung im Land Brandenburg potenziell geeignet sind. Für 49 Indikatoren werden jeweils Daten für den Zeitraum 2000 bis 2015 für Brandenburg insgesamt präsentiert, auch wenn den Autorinnen und Autoren bewusst ist, dass einige Indikatoren differenziert nach berlinnahen Regionen und weiterem Metropolenraum durch gegenläufige Entwicklungen geprägt sind. Für die Einordnung und Einschätzung der Entwicklungsverläufe sollen Vergleiche mit Daten auf Bundesebene helfen. Kurzbeschreibungen zu den Indikatoren sowie Diagramme ergänzen und veranschaulichen die Informationen.

Die Publikation folgt in seiner inhaltlichen Gliederung den fünf Handlungsschwerpunkten, die durch die verabschiedete Landesnachhaltigkeitsstrategie Brandenburg festgelegt sind:

Unter dem Schwerpunkt **Lebenswerte Dörfer und Städte** wird die Lebensqualität in Brandenburg betrachtet. Zu den Indikatoren, die die Lebensbedingungen eines Individuums in der Gesellschaft beeinflussen, zählen unter anderem die Bevölkerungsentwicklung, die Altersstruktur, die Ganztagsbetreuung für Kleinkinder, die ambulante Arztversorgung und die Lebenserwartung.

**Bildung** ist von zentraler Bedeutung für die Entwicklung eines Nachhaltigkeitsbewusstseins in der Bevölkerung. Daten zu den Bildungsabschlüssen, zur Ausbildungsquote sowie zu bürgerlichem und ehrenamtlichem Engagement im Land Brandenburg vermitteln ein Bild der Teilhabe in einer modernen Wissensgesellschaft.

Der Handlungsschwerpunkt **Wirtschaft und Arbeit in der Hauptstadtregion Berlin-Brandenburg** vereint Indikatoren zur Erwerbstätigkeit und Erwerbslosigkeit, zu Verdiensten und SGB-II-Quote sowie Rohstoffproduktivität und Nitratbelastung. Die Orientierung der brandenburgischen Wirtschaft am Leitbild der nachhaltigen Entwicklung kann dazu beitragen, dass sich die wirtschaftliche Entwicklung ökologisch und sozial ausgewogen sowie wirtschaftlich erfolgreich gestaltet.

Ebenfalls unerlässlich für eine erfolgreiche Bewertung der nachhaltigen Entwicklung des Landes ist die Betrachtung Brandenburgs als **Modellregion für Energiewende und Klimaanpassung**. Dazu werden beispielsweise Daten zur Energieproduktivität, zu Treibhausgasemissionen und zu Strom aus erneuerbaren Energien herangezogen.

Alle Maßnahmen zur Nachhaltigkeit Brandenburgs funktionieren jedoch nur im Zusammenhang mit einer **zukunftsfähigen Finanzpolitik**, welche die Entwicklungschancen künftiger Generationen fördert.

Die Indikatoren Forschungsausgaben, Finanzierungssaldo, Schulden des Landes beim nicht-öffentlichen Bereich und Vermögensverteilung beziffern die finanzielle Entwicklung des Landes seit dem Jahr 2000.



Der Bericht „Bestandsaufnahme zu möglichen Nachhaltigkeitsindikatoren Brandenburg“ steht auf der Homepage des AfS unter <https://www.statistik-berlin-brandenburg.de/produkte/kernindikatoren.asp> kostenfrei zur Verfügung.

Öffentliche Sozialleistungen

## Brandenburger Sozialindikatoren

– Eine Säule der Sozialberichterstattung im Land Brandenburg

VON **Cornelia Fischer**

Vor dem Hintergrund des zehnjährigen Bestehens des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS) in diesem Jahr ist es das Anliegen dieses Beitrags, die über Jahre bestehende Kooperation zwischen dem AfS und dem Landesamt für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg (LASV) zu würdigen. Als ein Ergebnis dieser Zusammenarbeit werden im jährlichen Turnus durch das LASV die „Brandenburger Sozialindikatoren“ als ein wesentlicher Baustein der Landessozialberichterstattung erstellt.

### Ausgangslage

Die Aufgabe der Sozialberichterstattung besteht in der Abbildung sowohl der objektiven Lebensbedingungen als auch des subjektiven Wohlbefindens der Bevölkerung. Sie dient dabei als ein Instrument der gesellschaftlichen Analyse, aber auch als mögliche Grundlage der politischen Steuerung der Wohlfahrtsentwicklung. Welche Daten für die Sozialberichterstattung im Detail besonders geeignet sind, ist häufig umstritten. Neben repräsentativen Bevölkerungsumfragen der sozialwissenschaftlichen Forschung stellt die amtliche Statistik für Deutschland über das Statistische Bundesamt und für die Länder Berlin

und Brandenburg über das AfS eine der wichtigsten Informationsquellen dar.

Für das Land Brandenburg basiert die Sozialberichterstattung auf unterschiedlichen Säulen und wird durch das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie sowie das LASV gewährleistet. Eine tragende Säule bilden dabei die „Brandenburger Sozialindikatoren“. In ihrer Systematik bieten sie der Politik und Fachöffentlichkeit einen breit gefächerten Überblick über soziale Entwicklungen im Land (Abbildung a).

Ergänzt wird der jährlich erscheinende Bericht der „Brandenburger Sozialindikatoren“ unter anderem durch die Veröffentlichungsreihe „sozialspezial“. Dort werden anhand von Daten und Fakten in möglichst aktueller und kurzer Form spezifische Ergebnisse zu ausgewählten sozialpolitischen Themen vorgestellt. In loser Folge sind seit 2011 fünf Themenhefte in dieser Reihe erschienen. Die letzte Ausgabe aus dem Jahr 2016 befasst sich mit der Situation überschuldeter Privathaushalte im Land Brandenburg.

### a | Beispielbroschüre: Brandenburger Sozialindikatoren



### „Brandenburger Sozialindikatoren“ – soziale Kennwerte in einer nutzungs- und vergleichsfreundlichen Aufbereitung und Darstellung

Bereits in den 1990er Jahren haben einige Bundesländer, Kommunen und auch Wohlfahrtsverbände erste Sozialberichte veröffentlicht. Die Bundesregierung legte ihren ersten Armuts- und Reichtumsbericht im Jahr 2001 vor.

Im Land Brandenburg begann die Sozialberichterstattung Ende der 1990er Jahre mit ersten konzeptionellen Überlegungen, die den Grundstein für die heute bestehenden Indikatoren und die jährlich veröffentlichte Broschüre „Brandenburger Sozialindikatoren“ gelegt haben. Zu diesem Zeitpunkt lagen jedoch noch keine konkreten einheitlichen Sozialindikatoren für das Land Brandenburg vor, ebenso wenig wie eine Datenbasis für eine landes- als auch

bundesweite Vergleichbarkeit sozialer Entwicklungen. Im Rahmen der kontinuierlichen Weiterentwicklung ist der Sozialindikatorenansatz mehrfach in unterschiedlichen Gremien und Workshops diskutiert worden. Zum Teilnehmerkreis gehörten unter anderem Sozialwissenschaftlerinnen und Sozialwissenschaftler, Statistikerinnen und Statistiker sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Ministerien und Verwaltungen. Die wissenschaftliche Expertise wurde vom Institut für angewandte Demografie und vom Büro TOPOS Stadtforschung eingebracht.

Basierend auf einem Musterbericht erschien im Jahr 2000 der erste Indikatorenansatz in der Herausgeberschaft des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg und in der redaktionellen Verantwortung des LASV. Dabei stand im Vordergrund, sozialpolitisch relevante Daten im Rahmen einer kontinuierlich zu aktualisierenden Systematik darzustellen, um über soziale Strukturen und Prozesse regelmäßig – in jährlichem Turnus – vor allem transparent, systematisch und fortschreibungsfähig zu informieren.

In Anlehnung an den Lebenslagenansatz werden dafür die Indikatoren in neun thematische Bereiche untergliedert. Die Schwerpunkte liegen auf der Erwerbsbeteiligung (Arbeitsmarkt und Beschäftigung) sowie dem Einkommen und der sozialen Sicherung. Weitere Themenbereiche, wie die Bevölkerungsentwicklung, wirtschaftliche Rahmenbedingungen, Kinderbetreuung, Bildung, Wohnen, Gesundheit und Pflege, aber auch die Beteiligung am bürgerschaftlichen Engagement, vervollständigen den Indikatorenansatz. Die derzeit 52 verarbeiteten Indikatoren sind überwiegend als Zeitreihen dargestellt und bilden somit das Kernstück der Publikation. In den jeweiligen Einführungen zu den Kapiteln wird mit kurzen Textpassagen auf Definitionen und gesetzliche Grundlagen hingewiesen.

In den „Brandenburger Sozialindikatoren“ wird die Entwicklung im Land Brandenburg bewusst ohne Kommentierung oder Interpretation durch die Autorinnen und Autoren dargestellt. Für eine adäquate Interpretation der Indikatoren durch die Nutzerinnen und Nutzer ist dabei ein möglichst reflektierter Umgang mit den Statistiken, Tabellen und Diagrammen notwendig. Die Ergebnisse, die dem Indikatorenansatz zu entnehmen sind, lassen zuweilen durchaus unterschiedliche Interpretationen zu, damit bieten sie aber auch Anregungen und sind zugleich eine Grundlage für fachliche und politische Diskussionen.

Mit einer soliden Datengrundlage aus aktuellen und belastbaren Daten werden u. a. sozialplanerische Anhaltspunkte bzw. Richtwerte für die Landes- und Kommunalpolitik, beispielsweise hinsichtlich der wirtschaftlichen sowie der sozialen Entwicklung der Bevölkerung, geboten. Gleichwohl sind für konkrete sozialplanerische Maßnahmen tiefergehende Analysen unabdingbar.

Anhand definierter Standards mit inhaltlichem Fokus auf zentrale Tendenzen der Wohlfahrtsentwicklung und des sozialstrukturellen Wandels wird die soziale Lage – in Abhängigkeit von der Datenverfügbarkeit und Validität – jeweils für einen Be-

obachtungszeitraum, der sowohl den aktuellsten verfügbaren Wert wie auch zeitlich zurückliegende Daten umfassen soll, beschrieben. Neben der jährlichen Aktualisierung der Daten werden die Indikatoren inhaltlich weiterentwickelt.

Vergleiche mit anderen Bundesländern und Deutschland insgesamt geben zusätzlich wichtige Hinweise zur Entwicklung im Land Brandenburg. Regionale Gegenüberstellungen der Bevölkerungsstruktur werden unter Berücksichtigung der besonderen Situation des Landes – einerseits Metropolenraum und andererseits ländlicher Raum – über die Landkreise und kreisfreien Städte realisiert. So werden die Entwicklungstrends für den verdichteten berlinnahen Raum („Berliner Umland“) und den weniger stark besiedelten ländlichen Raum („weiterer Metropolenraum“) je nach Datenverfügbarkeit differenziert dargestellt.

Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels bietet der Sozialindikatorenansatz auch den Kommunen ein Datensystem, das einerseits als Planungsgrundlage und andererseits als Monitoring vergangener sozialpolitischer Entscheidungen und Maßnahmen fungieren kann.

Der Indikatorenansatz erhebt keinen Anspruch auf eine vollständige Erfassung aller relevanten sozialen Tatbestände. Dennoch stellt er der Fachöffentlichkeit, den Bildungseinrichtungen und der Landespolitik grundlegende sozialpolitische Daten im Überblick zur Verfügung und dient der breiten Öffentlichkeit als ein Instrument zur politischen Bildung.

### Beispiel für einen Indikator

Der Indikator „Sozialhilfeempfängerinnen und Sozialhilfeempfänger: Hilfe zum Lebensunterhalt“ (Kapitel 4 im Bericht) bildet die Entwicklung der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen im Land Brandenburg sowie in den Bundesländern ab.

Sozialhilfe hat die Aufgabe, den leistungsberechtigten Bürgerinnen und Bürgern ohne ausreichende anderweitige Unterstützung eine der Menschenwürde entsprechende Lebensführung zu ermöglichen. Dabei greift die Sozialhilfe als „Netz unter dem sozialen Netz“ nur dann ein, wenn die betroffenen Personen nicht in der Lage sind, sich aus eigener Kraft zu helfen oder wenn die erforderliche Hilfe nicht von anderen, insbesondere von Angehörigen oder von Trägern anderer Sozialleistungen, erbracht wird.

Die Sozialhilfe des SGB XII umfasst sieben Lebenslagen, wovon eine die Hilfe zum Lebensunterhalt ist. Diese steht nur denjenigen Bedürftigen zu, die aufgrund anderer Rechtsvorschriften sonst keine Leistungen (weder Arbeitslosengeld II noch Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung) erhalten. Also steht Hilfe zum Lebensunterhalt denjenigen Menschen im erwerbsfähigen Alter zu, für die vorübergehend keine Erwerbstätigkeit möglich ist, z. B. wegen Erwerbsminderung, längerfristiger Krankheit oder weil sie in einer Einrichtung leben und betreut werden.

Detailliert nach Bundesländern (Abbildung b), in weiteren Tabellen und nach Brandenburger Landkreisen und kreisfreien Städten werden die Anzahl sowie die Quote der Leistungsempfängerinnen und -empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt für einen Zeitraum von vier Jahren verglichen. Die Quote gibt Aufschluss über den Anteil der Leistungsempfängenden je 1 000 Einwohnerinnen und Einwohner im Verhältnis zur Bevölkerung am 31.12. des jeweiligen Jahres. Die grafische Darstellung ermöglicht eine schnelle visuelle Erfassung der Entwicklung der Empfängerinnen und Empfänger von Hilfe zum Lebensunterhalt in den einzelnen Bundesländern.

Im Ergebnis zeigt sich für das Jahr 2015 in den Bundesländern eine Spannweite der Quoten der Leistungsempfängenden von 0,7 bis 3,1 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern. Das Land Brandenburg liegt mit einer Quote von 1,8 Fällen pro 1 000 Einwohnerinnen und Einwohnern geringfügig über dem bundesweiten Wert von 1,7 Fällen (vgl. Brandenburger Sozialindikatoren 2017, Tabelle 4.7.a).

### Bereitstellung „belastbarer“ Daten

Die jährliche Aktualisierung von Daten auf Landes- und Bundesebene, die sich über alle Themenbereiche des Indikatorensatzes erstreckt, erfolgt in einer guten Zusammenarbeit mit dem Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (AfS). Bereits in der Entwicklungsphase der „Brandenburger Sozialindikatoren“ im Jahr 2000 wurden vom damaligen Landesbetrieb für Datenverarbeitung und Statistik Brandenburg abgestimmte Daten zu den Indikatoren an das LASV übermittelt. Für die jährliche Übersendung der Daten wird dem AfS im Vorfeld vom LASV ein Datenkatalog mit dem auf den Indikatorensatz speziell zugeschnittenen Datenbedarf übersandt. Diese Verfahrensweise deckt einen Großteil der Beschaffung der benötigten Datenmenge ab. Weitere wichtige

Datenquellen für die Sozialindikatoren sind beispielsweise das Statistische Bundesamt und die Bundesagentur für Arbeit.

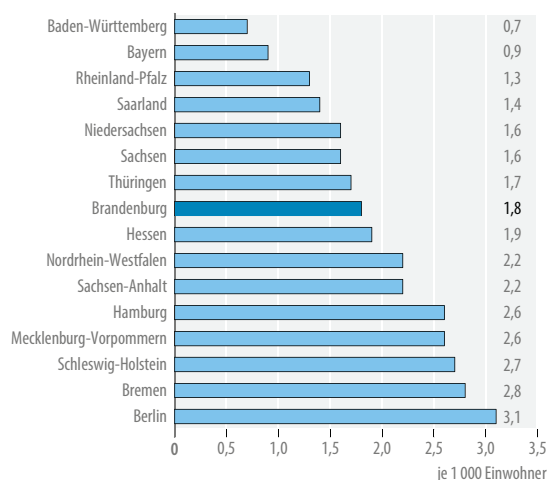
### Datenblatt – „Brandenburg Sozial“

In Ergänzung und im weitesten Sinne als Zusammenfassung der „Brandenburger Sozialindikatoren“ wurde das Datenblatt „Brandenburg Sozial“ ebenfalls in enger Kooperation mit dem AfS und dem Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie entwickelt (Abbildung c). Zielvorgabe war es, ein Datenblatt zu veröffentlichen, das aktuelle und zentrale Daten zur sozialen Lage im Land Brandenburg in komprimierter Form zur Verfügung stellt. Dabei sollen die Kerndaten aktuell, aber auch in ihrer Entwicklung bzw. im regionalen Vergleich, abgebildet werden. Im Ergebnis werden mit „Brandenburg Sozial“ seit dem Jahr 2014 zentrale Daten aus allen Themenbereichen der Brandenburger Sozialindikatoren jeweils zum Ende eines Kalenderjahres sowohl der Politik als auch der Fachöffentlichkeit durch das LASV im Auftrag des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie präsentiert.

### Resümee

Handlungsleitend für das im Jahr 2000 begonnene Vorhaben der Brandenburger Sozialindikatoren war in erster Linie das Bestreben, der Öffentlichkeit, den Bildungseinrichtungen und der Landespolitik grundlegende sozialstatistische Daten des Landes Brandenburg sowohl im Vergleich mit anderen Bundesländern als auch der gesamten Bundesrepublik anbieten zu können. Diesem Grundsatz folgend werden die Indikatoren kontinuierlich weiterentwickelt, jährlich aktualisiert und der Landes- und Kommunalpolitik sowie der breiten Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt.

### b | Sozialhilfequote<sup>1</sup> nach Bundesländern 2015



<sup>1</sup> Anteil der Empfängerinnen und Empfänger von laufender Hilfe zum Lebensunterhalt außerhalb von Einrichtungen an der Bevölkerung am 31.12. des jeweiligen Jahres, seit 2013 nach dem Zensus

Datenquelle: Statistisches Bundesamt

### c | Datenblattbeispiel: Brandenburg Sozial



Die „Brandenburger Sozialindikatoren“ haben sich im Laufe der Zeit zu einem etablierten Instrument der Sozialberichterstattung entwickelt. Dabei war die Zusammenarbeit mit dem AfS ein wesentlicher Faktor. Für die Aktualisierung und Fortschreibung der Indikatoren stellt die Datenbereitstellung vom AfS an das LASV weiterhin eine unverzichtbare Grundlage dar.

Alle Veröffentlichungen zur Sozialberichterstattung im Land Brandenburg können unter [www.sozialberichterstattung.brandenburg.de](http://www.sozialberichterstattung.brandenburg.de) abgerufen werden. Zusätzlich stehen dort weiterführende Links zu zentralen Datenquellen und Berichten im thematischen Kontext der Sozialberichterstattung, wie auch zum AfS, zur Verfügung.

**Cornelia Fischer** ist Sachbearbeiterin für Sozialberichterstattung im Dezernat 43 *Kostenerstattung, Sozialberichterstattung und Benchmarks* des Landesamts für Soziales und Versorgung des Landes Brandenburg.

### Literaturverzeichnis

- [1] Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge e. V.: Fachlexikon der Sozialen Arbeit, 8. Auflage, Berlin 2016.
- [2] Landesamt für Soziales und Versorgung: Brandenburger Sozialindikatoren, Cottbus, 2000–2017.
- [3] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg: Lebenslagen in Brandenburg – Chancen gegen Armut, Potsdam 2008.
- [4] Ferchland, Rainer (Hrsg.): Sozialberichte – Was sie benennen und was sie verschweigen, Berlin 2007.
- [5] ISI – Informationsdienst Soziale Indikatoren, eine Publikation des ZUMA: ISI Nr. 1/Januar 1989.

## Historisches

## Von starken Differenzen zur Annäherung – Vergleich des Platzangebots in Berliner Kinderkrippen und Kindergärten 1989 und 2016

von Iris Hoßmann-Büttner

Anlässlich der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1990 taten sich das Statistische Landesamt Berlin (West) und das Statistische Amt der Stadt Berlin (Ost), vormals Staatliche Zentralverwaltung für Statistik – Bezirksstelle Berlin, zusammen, um eine gemeinsame Veröffentlichung über alle Berliner Bezirke herauszubringen. Ergebnis war das seit Langem erste Gesamtberliner Statistische Taschenbuch, das einerseits Ost und West gegenüberstellte und andererseits eine Zusammenführung der statistischen Angaben zu Gesamtberlin zuließ.<sup>1</sup>

### 1989 für jedes Kind in Berlin-Ost und jedes dritte Kind in Berlin-West ein Betreuungsplatz

Unter der Rubrik *Soziale Einrichtungen* finden sich Statistiken zu Kindertagesstätten, Seniorenheimen, Feierabendheimen, Pflegeheimen und Wohnheimen. Hinsichtlich der Betreuung von Kindern in sozialen Einrichtungen waren die Unterschiede der bis dahin geteilten Stadt deutlich sichtbar. Im Jahr 1989 wurden in den Bezirken Westberlins 70 600 Betreuungsplätze in Kinderkrippen, Kindergärten und Schulhorten für rund 202 600 Kinder unter 10 Jahren angeboten. Im gleichen Jahr lebten in den östlichen Bezirken 174 500 unter 10-Jährige, für die 174 600 Plätze vorgehalten wurden. Während es in Berlin-Ost mehr Betreuungsplätze als Kinder gab, stand in Berlin-West nur für jedes dritte Kind ein Platz zur Verfügung.<sup>2</sup>

Dass die höhere Anzahl an Betreuungsplätzen nicht mit einer höheren Anzahl an Kindern unter 10 Jahren einherging, zeigt Abbildung a. So kamen im Ostberliner Bezirk Lichtenberg auf 100 Kinder unter 10 Jahren 115 Plätze, während es in den Westberliner Bezirken Wedding und Tempelhof rund 30 Plätze für 100 Kinder waren. In Helldorf gab es rund 85 Betreuungsplätze je 100 Kinder und somit die geringste Quote unter den Ostberliner Bezirken. Allerdings war diese Zahl immer noch doppelt so hoch wie im Westberliner Bezirk Kreuzberg, in dem für 100 Kinder unter 10 Jahren knapp 42 Plätze zur Verfügung standen.

### Drei Jahrzehnte später: Annäherung des Platzangebots in Berlin-Ost und Berlin-West

Werden nur die Plätze in den Kinderkrippen und Kindergärten berücksichtigt und gleichzeitig angenommen, dass diese vorrangig von den unter 6-Jährigen besucht werden, ist ein aktueller Vergleich mit den Zahlen aus der Kinder- und Jugendhilfestatistik möglich.<sup>3</sup>

Im Jahre 2016 lebten in Berlin rund 216 600 Kinder unter 6 Jahren – gleichzeitig waren 164 500 genehmigte Plätze in Kinderkrippen und Kindergärten vorzufinden.<sup>4</sup> Fast drei Jahrzehnte zuvor waren es 161 800 Plätze für 230 000 Kinder unter 6 Jahren. Während der Blick auf Berlin als Gesamtes eine leichte Erhöhung des Platzangebots zeigt, finden sich auf Ebene der Bezirke deutliche Verschiebungen.<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Statistisches Landesamt Berlin (1990): Berliner Bezirke. Statistisches Taschenbuch. Kulturbuch-Verlag GmbH. Berlin.

<sup>2</sup> Statistisches Landesamt Berlin (1993): Bevölkerung in Berlin 1990. Teil 1. Statistischer Bericht.

<sup>3</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg (2016): Kinder und tätige Personen in Tageseinrichtungen und öffentlich geförderter Kindertagespflege in Berlin. Statistischer Bericht.

<sup>4</sup> Amt für Statistik Berlin-Brandenburg: StatIS-BBB. Einwohnerregisterstatistik Berlin.

<sup>5</sup> Aufgrund der Verwaltungsreform im Jahre 2001 werden die Bezirke Friedrichshain-Kreuzberg und Mitte nicht berücksichtigt, da sie weder Berlin-Ost noch Berlin-West zuzuordnen sind.

Während die Bezirke in Berlin-Ost bis zum Jahr 2016 bereits vorhandene Betreuungsplätze in Kinderkrippen und Kindergärten anboten, kam es in den Westberliner Bezirken zu einem massiven Ausbau des Betreuungsangebots. Beispielsweise hat der Westberliner Bezirk Spandau seine Anzahl an Plätzen seit 1989 um 118 % erhöht – von 4 600 auf 10 000 Plätze. Auch die Bezirke Neukölln mit einem Zuwachs von über 100 % (von 6 800 auf 13 700 Plätze) und Steglitz-Zehlendorf mit 88 % (von 6 400 auf 12 000 Plätze) bauten ihr Platzangebot aus. Ungeachtet der Tatsache, dass die Westberliner Bezirke im Vergleich zu 1989 die Anzahl ihrer Betreuungsplätze teilweise mehr als verdoppelten, fanden sich 2016 zahlenmäßig die meisten Plätze (22 400) im Ostberliner Bezirk Pankow. Gleichzeitig wies dieser Bezirk 2 % weniger Plätze auf als noch 1989. In Marzahn-Hellersdorf standen 1989 rund 31 800 Plätze zur Verfügung – 2016 war es mit 11 700 Plätzen nur noch ein Drittel davon. Dies kommt einer Reduzierung des Platzangebots in Kinderkrippen und Kindergärten um 63 % gleich.

Auch wenn alle Bezirke in Berlin-Ost Betreuungsplätze nicht mehr in dem Umfang wie 1989 anbieten, sind die meisten Plätze je 100 Kinder unter 6 Jahren weiterhin in Berlin-Ost zu finden. 2016 konnte der Bezirk Pankow 100 Kindern unter 6 Jahren 82 Betreuungsplätze anbieten, während in Marzahn-Hellersdorf auf 100 Kinder 71 Plätze kamen und somit genauso viel wie in den Westberliner Bezirken Spandau und Charlottenburg-Wilmersdorf.

Vor fast 30 Jahren gab es für jedes Kind in Berlin-Ost und für jedes dritte Kind in Berlin-West einen Betreuungsplatz in Kinderkrippe oder Kindergarten. Bis zum Jahr 2016 haben die Westberliner Bezirke ihr Betreuungsangebot deutlich erhöht, während die Ostberliner Bezirke ihre Platzkapazitäten im Vergleich zu 1989 reduzierten. Diese entgegengesetzten Entwicklungen führten zu einer Annäherung des Platzangebots beider Stadtteile.

**Iris Hoßmann-Büttner**  
ist Sachbearbeiterin  
im Referat *Bildung,*  
*Bildungsanalysen,*  
*Gesundheitswesen*  
des Amtes für Statistik  
Berlin-Brandenburg.

#### a | Kinderbetreuung in Berlin-West und Berlin-Ost 1989

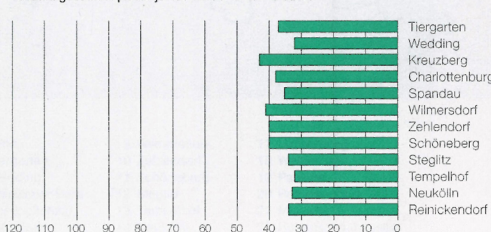
64

Soziale Einrichtungen  
Kindertagesstätten  
Abteilungen, Plätze

Plätze	Abteilungen	Kindergärten		Kinderkrippen		Bezirke
		Plätze	Abteilungen	Plätze	Abteilungen	
20 279	550	38 473	1 362	11 796	397	Insgesamt
1 080	33	1 764	65	607	17	Tiergarten
1 602	37	2 835	96	1 185	37	Wedding
2 013	63	4 133	153	1 571	50	Kreuzberg
1 622	53	3 016	125	861	30	Charlottenburg
2 184	52	3 468	115	1 102	37	Spandau
1 341	36	2 582	94	434	16	Wilmersdorf
888	23	2 233	69	414	18	Zehlendorf
1 523	46	3 478	143	871	31	Schöneberg
1 563	42	2 969	110	785	30	Steglitz
1 521	42	2 635	88	773	23	Tempelhof
2 943	65	4 969	158	1 836	58	Neukölln
1 999	58	4 391	146	1 357	50	Reinickendorf

Die Platzzahl für Kindergärten enthält die von Vorschulgruppen in diesen Abteilungen.

Kindertagesstättenplätze je 100 Kinder unter 10 Jahre

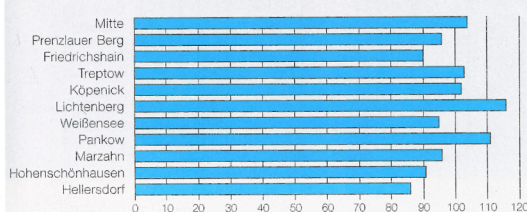


65

Soziale Einrichtungen  
Kindertagesstätten  
Einrichtungen, Plätze

Stadtbezirke	Kinderkrippen		Kindergärten		Schulhorte	
	Einrichtungen	Plätze	Einrichtungen	Plätze	Einrichtungen	Plätze
Insgesamt	438	32 024	697	79 549	368	63 000
Mitte	33	2 002	52	4 753	21	3 450
Prenzlauer Berg	55	3 552	82	8 061	42	5 803
Friedrichshain	39	2 670	58	5 764	27	4 511
Treptow	27	1 838	57	4 851	26	3 932
Köpenick	31	2 107	59	4 973	29	4 649
Lichtenberg	52	3 918	82	9 496	45	6 370
Weißensee	15	1 009	27	1 899	16	1 908
Pankow	34	2 207	73	6 089	30	4 503
Marzahn	61	4 985	71	11 004	57	13 123
Hohenschönhausen	45	3 840	69	10 782	39	7 492
Hellersdorf	46	3 896	67	11 877	36	7 259

Kindertagesstättenplätze je 100 Kinder unter 10 Jahre



Wahl zum 19. Deutschen Bundestag 2017

## ■ Analyse der Wählerwanderung in Berlin

von Birgit Pech

Hunderttausende von Wahlberechtigten in Berlin haben sich bei dieser Bundestagswahl anders entschieden als noch vor vier Jahren. Das nützte vor allem der AfD und der FDP. Die Berliner Stimmengewinne der AfD bei der Bundestagswahl 2017 sind vor allem auf Nettogewinne gegenüber der Partei DIE LINKE, auf die Mobilisierung ehemaliger Nichtwählerinnen und -wähler und auf Nettogewinne gegenüber der CDU zurückzuführen. Die Stimmenzuwächse der FDP beruhten auf Gewinnen aus allen politischen Lagern, vor allem aber auf positiven Saldo gegenüber der CDU und, mit einigem Abstand, gegenüber der SPD.

Die in absoluten Zahlen relevantesten Wanderungsaktivitäten zwischen den Parteien (ohne Aufrechnung der Gewinne und Verluste) waren in Berlin die von CDU zu FDP (68 100 Stimmen), von der Partei DIE LINKE zur AfD (53 100) sowie der CDU zur AfD (46 400). Nennenswert sind auch die Wählerströme von der SPD zur Partei DIE LINKE und von der SPD zur FDP.

Von denjenigen, die der Bundestagswahl 2013 noch fern geblieben waren und nun zur Wahl gingen, entschieden sich die meisten (49 900 Stimmen beziehungsweise 7,2 % der ehemaligen Nichtwählerinnen und -wähler) für die AfD. Den zweithöchsten Anteil ehemaliger Nichtwählerinnen und -wähler konnte mit 6,8 % die Partei DIE LINKE zu den Urnen zurückholen (46 600 Stimmen). Neue Nichtwählerinnen und -wähler sind in größter Zahl von der SPD abgewandert (33 300 Stimmen).

Die Analyse der Wählerwanderung zeigt Veränderungen in der politischen Landschaft im Zeitverlauf an. Sie gibt Antworten darauf, an welche Mitbewerber eine bestimmte Partei im Vergleich zur letzten Wahl am meisten Wählerinnen und Wähler verloren hat, oder welche Partei am erfolgreichsten ehemalige Nichtwählerinnen und -wähler für sich mobilisieren konnte.

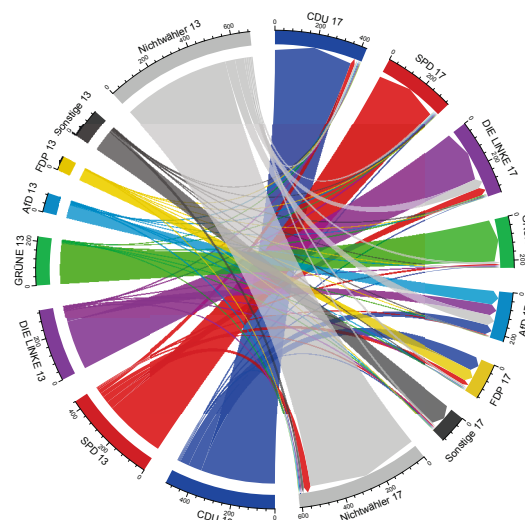
In die folgende Analyse fließen die Zweitstimmen-ergebnisse der Bundestagswahl 2013 und der Bundestagswahl 2017 in den 660 Berliner Briefwahlbezirken ein. Betrachtet werden die Parteienstimmen und Nichtwahlentscheidungen. Nicht berücksichtigt sind die ungültigen Stimmen beider Bundestagswahlen. Um den Schätzcharakter der Wanderungsanalyse vor Augen zu führen, sind die absoluten Werte auf durch 100 teilbare Werte gerundet. Ausführliche methodische Anmerkungen finden sich am Ende des Beitrags.

Eine erste, in der Wahlberichterstattung gebräuchliche Berichtsperspektive stützt sich auf die saldierten Wanderungsströme zwischen den Parteien, d.h. die gegenseitigen Gewinne und Verluste werden gegeneinander aufgerechnet. Angegeben sind die absoluten Nettogewinne von einer Partei und die absoluten Verluste an eine Partei (Abschnitt: „Wie groß sind die gegenseitigen Gewinne und Verluste durch die Wählerwanderung?“).

In einer zweiten Perspektive werden die Ströme zwischen den Wahlalternativen ohne Saldierung betrachtet, also Wanderungen zwischen zwei Par-

teien in beide Richtungen. Neben der Betrachtung von Wählerströmen in absoluten Zahlen interessiert, welche Wähleranteile beziehungsweise welche Anteile von Nichtwählerinnen und -wählern die Lager gewechselt haben oder aber ihrer bisherigen Entscheidung treu geblieben sind (Abschnitt: „Wohin sind die Wählerinnen und Wähler gewandert?“). Schließlich wird gefragt, wie sich die Wählerinnen und Wähler 2017 sowie die Nichtwählerinnen und -wähler 2017 zusammensetzen (Abschnitt: „Woher sind die Wählerinnen und Wähler gekommen?“).

### a | Wanderungsströme



Die Schätzergebnisse sind in Abbildung a grafisch dargestellt. Sie erlaubt einen Gesamteindruck über die Größenverhältnisse aller Wanderungsströme auf einen Blick. Die Breite jedes Pfeils drückt den geschätzten Anteil an Zweitstimmen aus, den eine Partei bei der Bundestagswahl 2017 von den verschiedenen Parteien beziehungsweise von den Nichtwählerinnen und -wählern der Bundestagswahl 2013 errungen hat (Achsenwert: Zweitstimmen in Tausend). Die entsprechenden Tabellen können unter [www.wahlen-berlin.de](http://www.wahlen-berlin.de) abgerufen werden.

### Wie groß sind die gegenseitigen Gewinne und Verluste durch die Wählerwanderung?

Nach den Wahlergebnissen für Berlin haben die AfD und die FDP bei dieser Bundestagswahl deutlich an Stimmen hinzugewonnen. DIE LINKE und die GRÜNEN konnten ihr Berliner Stimmenergebnis im Vergleich zur Bundestagswahl 2013 geringfügig verbessern. Große Verluste mussten hingegen die bisherigen Regierungsparteien CDU und SPD hinnehmen. Die Wahlbeteiligung hat sich insgesamt moderat erhöht. Welche Wählerwanderungen führten zu diesen Ergebnissen (Abbildung b)?

Die CDU konnte zwar einen Nettozustrom insbesondere aus dem Lager des bisherigen Koalitionspartners SPD für sich verbuchen. Weit schwerer wogen jedoch die Verluste. Die Christdemokraten verloren am stärksten gegenüber der FDP; im Saldo wandten sich 66 800 Wählerinnen und Wähler von ihnen ab, um für die FDP zu stimmen. Schwer wog auch, dass die CDU mit netto 41 500 Stimmen ganz erheblich an die AfD abgegeben musste.

Die SPD verlor an nahezu alle politischen Lager. Massive Verluste von netto Zehntausenden von Stimmen mussten die Sozialdemokraten insbesondere an die Parteien DIE LINKE (34 100), die FDP (21 900) und die CDU (16 900) hinnehmen. An das Lager der Nichtwählerinnen und -wähler flossen unter dem Strich 25 900 Stimmen der Sozialdemokraten, auch hier verlor die SPD massiv.

DIE LINKE konnte einerseits in großer Zahl Stimmen abschöpfen, unter den Konkurrenzparteien insbesondere von der SPD (netto 34 100 Stimmen). Sie gewann aber auch viele ehemalige Nichtwählerinnen und -wähler hinzu (im Saldo 41 100 Stimmen). Auf der anderen Seite verlor sie netto rund 51 200 Wählerinnen und Wähler an die AfD.

Für die GRÜNEN ergaben sich vor allem gegenüber dem Lager der Nichtwählerinnen und -wähler sowie der SPD positive Salden (9 000 beziehungsweise 6 000 Stimmen). Die Gewinne fallen insgesamt nicht hoch aus, konnten aber noch geringere Verluste an die FDP, DIE LINKE und an sonstige Parteien wettmachen.

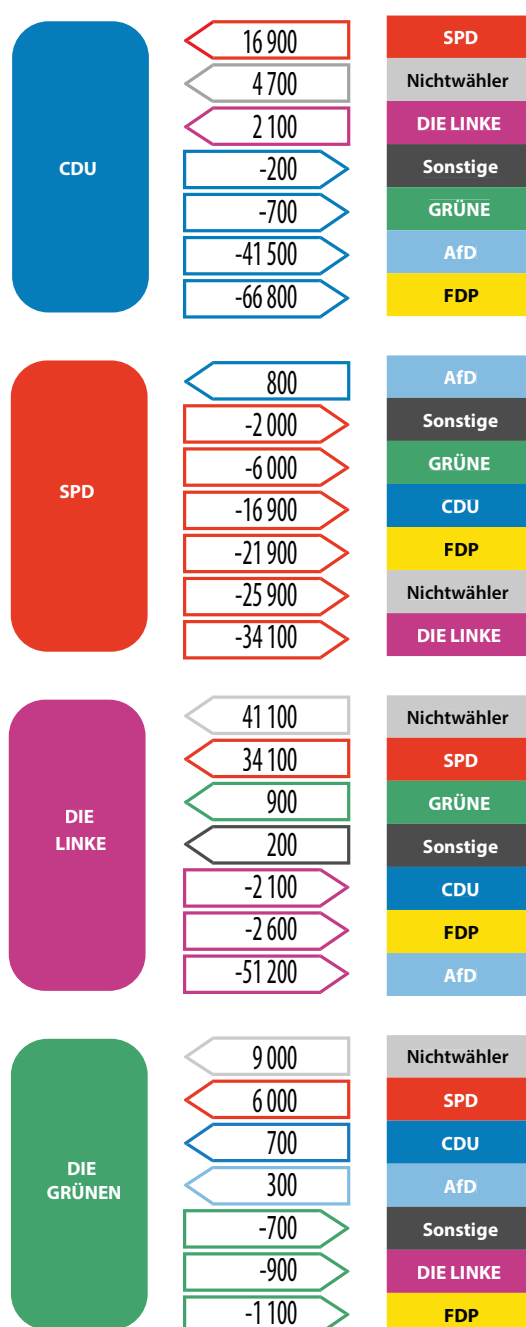
Die AfD gewann zehntausende Stimmen aus den Lagern der Partei DIE LINKE (netto 51 200) und der CDU (41 500) hinzu. Zudem ist es der AfD gelungen, ehemalige Nichtwählerinnen und -wähler zu mobilisieren. Unter dem Strich gewann die AfD rund 46 500 Wahlberechtigte aus dem Lager der Nichtwählerinnen und -wähler hinzu.

Ein weiterer Gewinner sind die Freien Demokraten (FDP). Ihre Stimmengewinne bezogen sie aus

allen politischen Lagern, insbesondere aber durch Abwanderungen von der CDU (netto 66 800) und der SPD (21 900). Die FDP konnte im Saldo aber auch 7 900 derjenigen überzeugen, die bei der letzten Bundestagswahl keiner Partei ihre Stimme gaben.

Von ehemaligen Nichtwählerinnen und -wählern konnte, wie gesehen, die AfD am stärksten abschöpfen (46 500 Stimmen). Auch DIE LINKE profitierte mit am deutlichsten von der Mobilisierung der einst Wahlmüden. Sie gewannen netto 41 100 derjenigen für sich, die den Wahlurnen 2013 noch ferngeblieben waren (GRÜNE: 9 000). In umgekehrter Richtung führten vor allem Abgänge ehemaliger SPD-Anhängerinnen und -Anhänger zu Nettozuflüssen an das Lager der Nichtwählerinnen und -wähler.

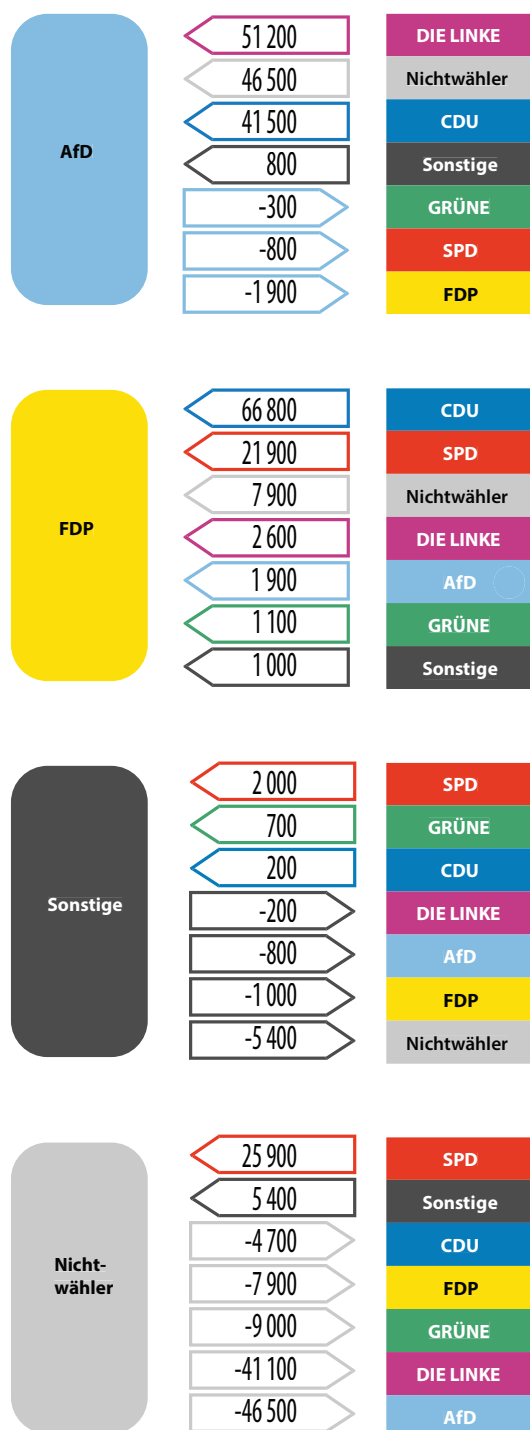
b | Gegenseitige Gewinne und Verluste durch die Wählerwanderung



### Wohin sind die Wählerinnen und Wähler gewandert?

In den folgenden Abschnitten werden die Ströme zwischen den Wahlalternativen ohne Aufrechnung der Gewinne und Verluste betrachtet. Neben den Wählerströmen in absoluten Zahlen interessiert, welcher Anteil der bisherigen Wählerinnen und Wähler einer Partei diese erneut gewählt hat und welcher Anteil in diesem Jahr eine andere Wahlentscheidung getroffen hat (Abbildung c).

#### noch b | Gegenseitige Gewinne und Verluste durch die Wählerwanderung



### Loyale Parteienwählerinnen und -wähler

Ungeachtet der Verschiebungen durch die Wechselwählerinnen und -wähler blieben die meisten ihrer jeweiligen Partei treu. Vor allem für die Wählerinnen und Wähler der GRÜNEN und der FDP ergeben sich hohe Loyalitätsraten: 92,0% der GRÜNEN-Anhängerinnen und -Anhänger sowie 89,4% der FDP-Wählerinnen und -wähler von 2013 haben sich bei der Bundestagswahl 2017 erneut für ihre Partei entschieden. Für alle anderen Parteien werden niedrigere Loyalitätsraten ermittelt. Den geringsten Anteil loyaler Wählerinnen und Wähler weist mit 70,2% die SPD auf.

### Wechselwählerinnen und -wähler zwischen den Parteien

Die in absoluten Zahlen relevantesten Wanderungsaktivitäten zwischen den Parteien (ohne Aufrechnung der Gewinne und Verluste) waren in Berlin die von der CDU zur FDP (68 100 Stimmen), von der Partei DIE LINKE zur AfD (53 100) sowie der CDU zur AfD (46 400 Stimmen). Nennenswert sind auch die Wählerströme von der SPD zur Partei DIE LINKE und von der SPD zur FDP.

Bei der Betrachtung der prozentualen Abgänge fällt mit Blick auf die Parteien, welche die größten Einbußen hinnehmen mussten, auf, dass 13,3% der ehemaligen Anhängerinnen und Anhänger der CDU bei dieser Wahl zur FDP wechselten. Darüber hinaus entschied sich fast jeder Zehnte der ehemaligen CDU-Anhängerinnen und -Anhänger in Berlin für die AfD.

Von den Wechselwählerinnen und -wählern der SPD zog es die meisten zur Partei DIE LINKE (8,7% der ehemaligen SPD-Wählerschaft). Vergleichsweise groß ist mit 7,6% auch der Anteil der einstigen SPD-Wählerinnen und -Wähler, die sich bei dieser Wahl gegen den Urnengang entschieden (Abgänge zur FDP: 5,2%).

Mit Blick auf die weiteren Parteien fällt auf, dass 16,1% der ehemaligen Anhängerinnen und Anhänger der Partei DIE LINKE zur AfD wechselten. Als resistent gegenüber der AfD erwiesen sich in Berlin vor allem die Anhänger der GRÜNEN (0,7%) und der SPD (0,8%). Bemerkenswert ist aber auch, dass trotz der hohen Stimmenzuwächse der AfD viele der ehemaligen AfD-Wählerinnen und -Wähler der letzten Bundestagswahl sich bei dieser Wahl für eine andere Partei oder für ein Fernbleiben entschieden – insgesamt ein Anteil von 24,0% der ehemaligen AfD-Wählerinnen und -Wähler.

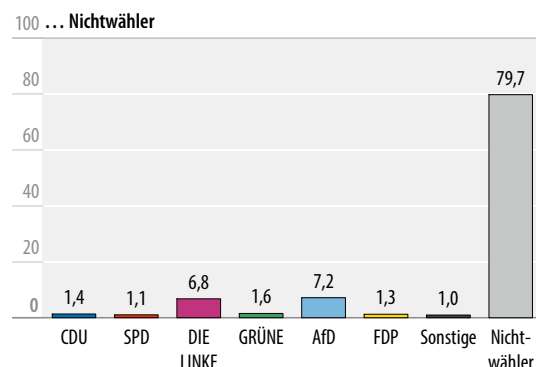
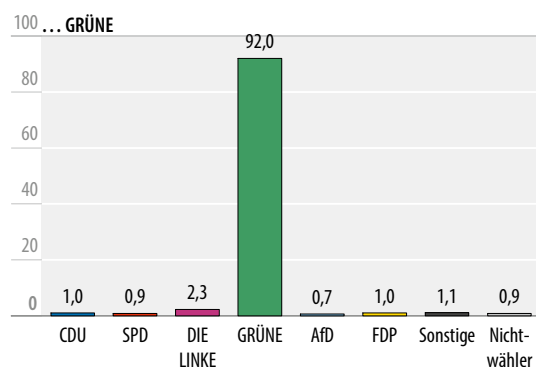
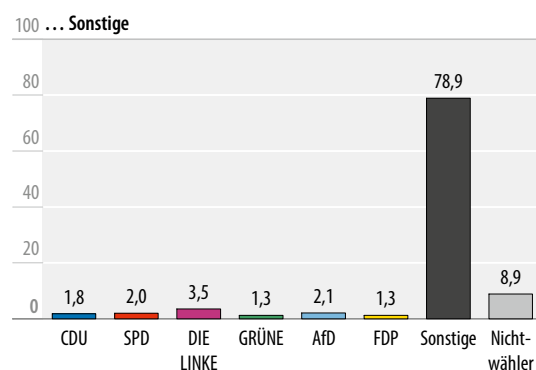
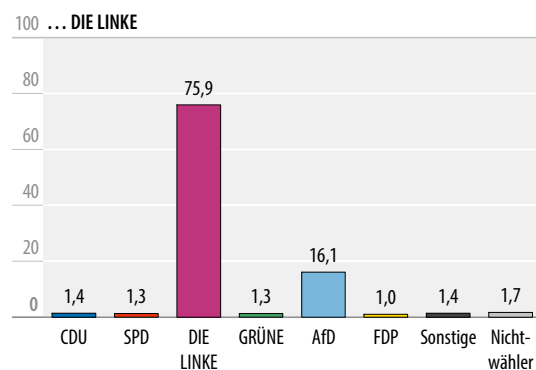
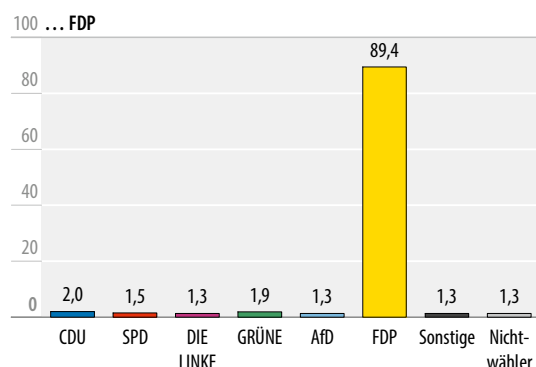
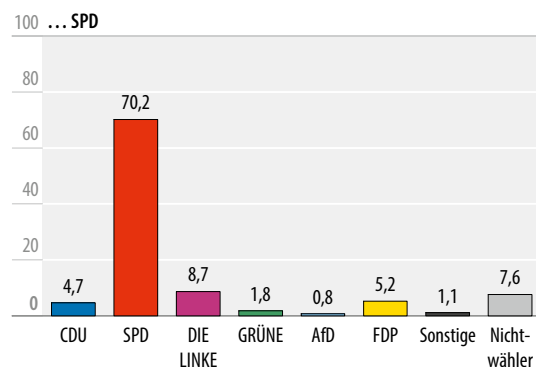
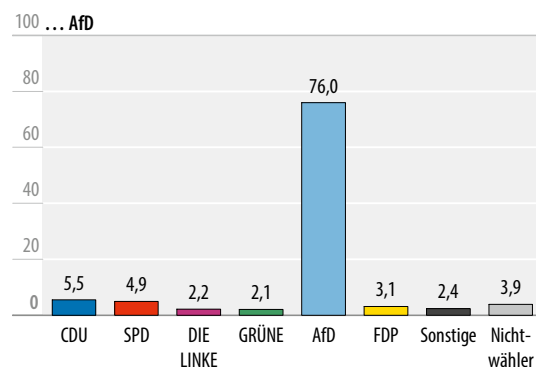
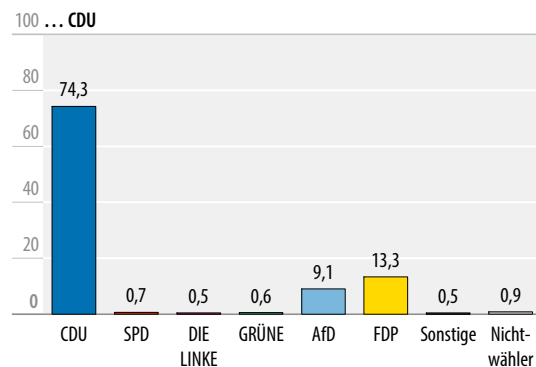
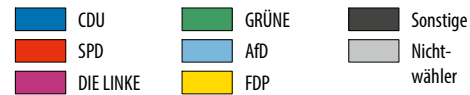
### Nichtwählerinnen und -wähler

79,7% der Wahlberechtigten, die bei der Bundestagswahl im Jahr 2013 nicht gewählt hatten, verzichteten auch bei der Bundestagswahl 2017 auf ihr Recht zu wählen. Von denjenigen, die bei der Bundestagswahl 2013 noch zu Hause geblieben waren und die nun zur Wahl gingen, entschieden sich die meisten (49 900 Stimmen beziehungsweise 7,2% der ehemaligen Nichtwählerinnen und -wähler) für die AfD. Den zweithöchsten Anteil ehemaliger Nichtwählerinnen und -wähler konnte mit 6,8% die Partei DIE LINKE zu den Urnen zurückholen (46 600 Stimmen).

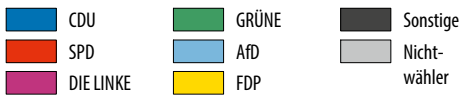
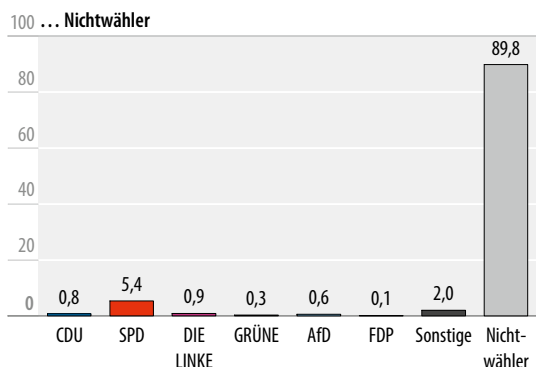
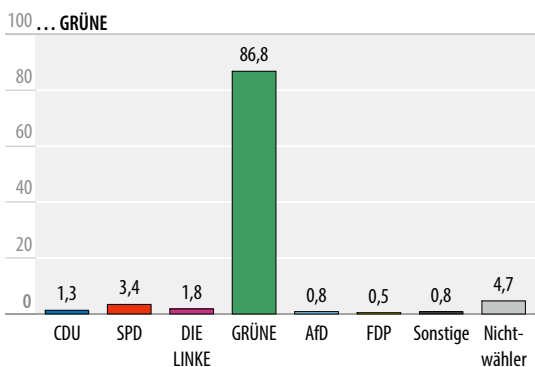
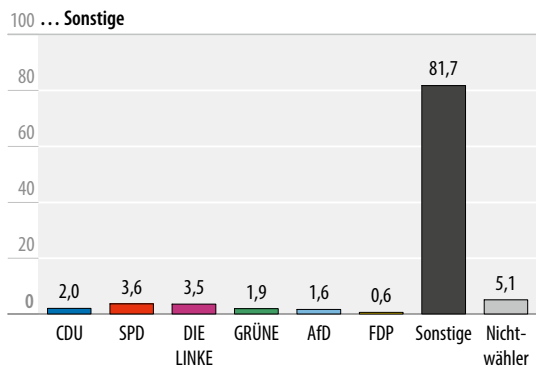
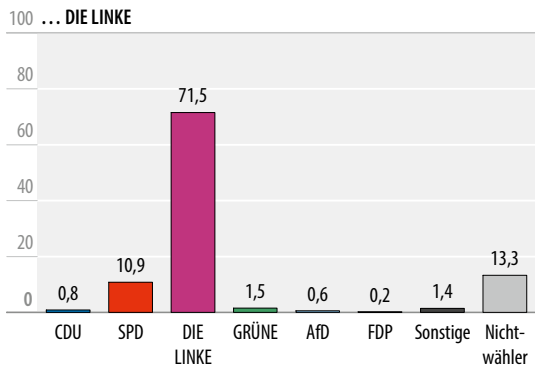
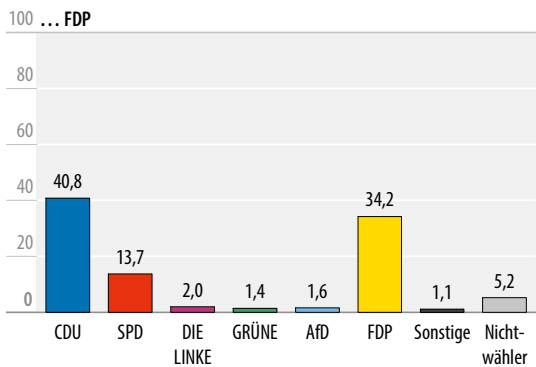
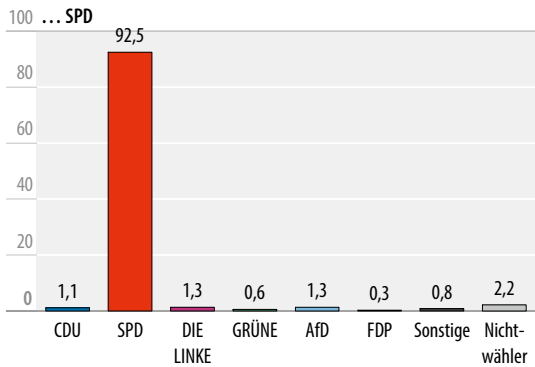
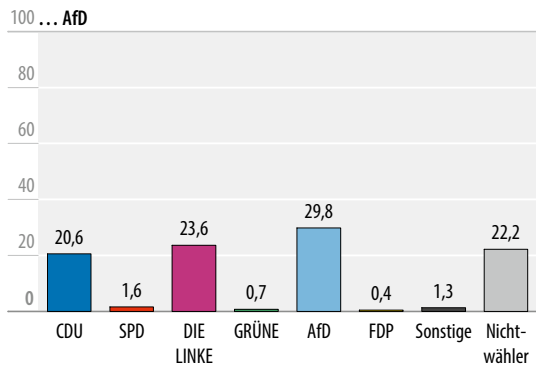
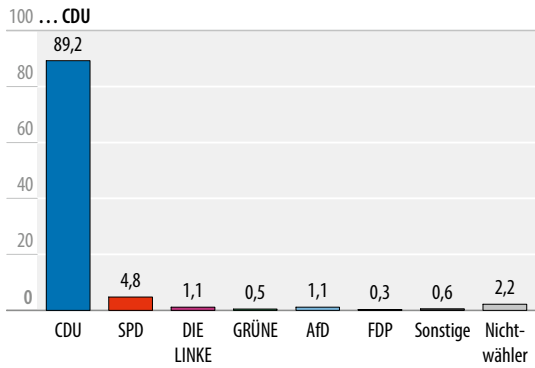
Neue Nichtwählerinnen und -wähler sind in größter Zahl von der SPD abgewandert (33300), gefolgt von den sonstigen Parteien (12200). Prozentual verlor damit die SPD 7,6 % ihrer bisherigen Wählerschaft an das Lager der neuen Nichtwählerinnen und -wähler.

Demgegenüber trifft dies nur auf jeweils 0,9 % der ehemaligen Wählerinnen und Wähler von CDU und GRÜNEN zu.

**c | Wohin wanderten die bisherigen Wähler/-innen der Partei ...? In Prozent der Wähler/-innen der jeweils betreffenden Partei bei der Bundestagswahl 2017 in Berlin**



**d | Woher kamen die Wähler/-innen der Partei...?**  
In Prozent der Wähler/-innen der jeweils betreffenden Partei  
bei der Bundestagswahl 2017 in Berlin



## Woher sind die Wählerinnen und Wähler gekommen?

### Zusammensetzung der Wählerschaften 2017

Die Zusammensetzung der Wählerschaft der beiden deutlichen Gewinner dieser Bundestagswahl in Berlin – AfD und FDP – zeigt ein ungewöhnliches Bild. Die aktuelle Wählerschaft der AfD besteht nur zu 29,8% aus Wählerinnen und Wählern, die ihr schon bei der Bundestagswahl 2013 das Vertrauen ausgesprochen hatten. Jeweils mehr als jede(r) Fünfte, der oder die dieses Mal für die AfD votierte, hatte zuvor die CDU oder die Partei DIE LINKE gewählt. Bemerkenswert ist auch, dass sich 22,2% der diesjährigen AfD-Wählerschaft bei der letzten Wahl noch der Stimme enthalten hatten (Abbildung d).

Die FDP erwies sich zwar als Partei mit loyaleren Wählerinnen und Wählern als die AfD, als zweite Partei mit erheblichen Gesamtzuwächsen stützt sie sich jedoch ebenfalls nur zu etwa einem Drittel auf ihre treue Wählerschaft. Noch größer ist mit 40,8% der Anteil derer, die bei der letzten Bundestagswahl die CDU gewählt hatten. Die FDP zog auch viele Abgängerinnen und Abgänger der SPD an: 13,7% ihrer Stimmen bezog sie von den Sozialdemokraten. Ehemalige Nichtwählerinnen und -wähler machen beachtliche 5,2% der aktuellen FDP-Wählerschaft aus.

Auch DIE LINKE und die GRÜNEN konnten – wenn auch nur geringere – Zugewinne für sich verbuchen. 71,5% der aktuellen Wählerinnen und Wähler der Partei DIE LINKE hatten diese Partei bereits vor vier Jahren gewählt. Ansonsten setzt sich ihre Wählerschaft zu ebenfalls beachtlichen Teilen (13,3%) aus ehemaligen Nichtwählerinnen und -wählern zusammen. Zudem hatte jede(r) Zehnte, die/der dieses Mal für die LINKE votierte, vor vier Jahren das Kreuzchen noch bei der SPD gemacht. Die GRÜNEN profitierten vor allem von ihren loyalen Wählerinnen und Wählern. Neben ehemaligen SPD-Anhängerinnen und -Anhängern mobilisierten die GRÜNEN auch eine Reihe von ehemaligen Nichtwählerinnen und -wählern. Letztere machen 4,7% der aktuellen Wählerschaft der GRÜNEN aus.

Unter den Nichtwählerinnen und -wählern der Bundestagswahl 2017 stellen den Löwenanteil diejenigen, die schon 2013 auf die Ausübung ihres Wahlrechts verzichteten. Die neuen Nichtwählerinnen und Nichtwähler rekrutierten sich zum größten Teil aus ehemaligen Anhängerinnen und Anhängern der SPD (5,4%). Erst mit einigem Abstand folgen die weiteren Parteien, die jeweils unter ein Prozent der Berliner Nichtwählerinnen und -wähler der diesjährigen Bundestagswahl ausmachen. Der Anteil der sonstigen Parteien bündelt sich zu 2,0%, die hier nicht weiter aufgeschlüsselt werden.

## Methodische Anmerkungen

Wählerwanderungsanalysen können sich im Allgemeinen auf unterschiedliches Datenmaterial stützen. Eine Möglichkeit sind Hochrechnungen auf der Basis von Nachwahlbefragungen: Bürgerinnen und Bürger werden unmittelbar nach Verlassen des Wahllokals gefragt, für welche Partei sie bei dieser und für welche sie bei der letzten Wahl gestimmt haben. Nachteilig bei dieser Methode sind unter anderem mögliche Erinnerungslücken der Befragten oder mögliche Verzerrungen durch unehrliches Antwortverhalten und Antwortverweigerungen. Im Kontext von Bundestagswahlen liegen zudem Nachwahlbefragungen in der Regel nicht in ausreichender regionaler Tiefe vor, um valide Aussagen beispielsweise zum Wählerwanderungsverhalten speziell der Berlinerinnen und Berliner zu erlauben.

Eine alternative oder ergänzende Datenquelle sind die aggregierten Wahlergebnisse der aktuellen und der letzten Wahl: Aus systematisch auftretenden Veränderungen der jeweiligen Stimmenverteilungen in den Wahlgebieten über die Zeit werden Rückschlüsse auf Wanderungswahrscheinlichkeiten von einer Wahlalternative zu einer anderen gezogen.

In die vorliegende Analyse flossen die Zweitstimmenergebnisse der Bundestagswahl 2013 und der Bundestagswahl 2017 in den 660 Berliner Briefwahlbezirken ein. Betrachtet wurden die Parteienstimmen und Nichtwahlentscheidungen.

Aufgrund des veränderten Zuschnitts der Briefwahlbezirke in Berlin zwischen den Bundestagswahlen 2013 und 2017 wurden zunächst über die Zeit konstante Wahlbezirke gebildet (Anpassung des Zuschnitts 2013). Da ferner die Anzahl der Wahlberechtigten gegenüber 2013 leicht gesunken ist, bei einem noch etwas stärkeren Rückgang der ungültigen Stimmen, wurden für jeden Briefwahlbezirk die Parteienstimmen und Nichtwahlentscheidungen 2013 geringfügig auf die Summe der Parteienstimmen und Nichtwahlentscheidungen 2017 kalibriert (minimale proportionale Anpassungen).

Das zugrunde liegende Berechnungsverfahren wurde an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU) in umfangreichen Vergleichsstudien erfolgreich getestet. Die Weiterentwicklung der Analysesoftware für die praktische Umsetzung kommunaler Wählerwanderungsanalysen erfolgte im Rahmen eines Kooperationsprojektes der LMU mit dem vom Deutschen Städtetag unterstützten Verbund Kommunales Statistisches Informationssystem (KOSIS).

**Birgit Pech** ist Referentin im Referat Mikrozensus, Sozialberichte des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

Detaillierte Ergebnisse der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 im Land Berlin finden Sie unter: [www.wahlen-berlin.de](http://www.wahlen-berlin.de)

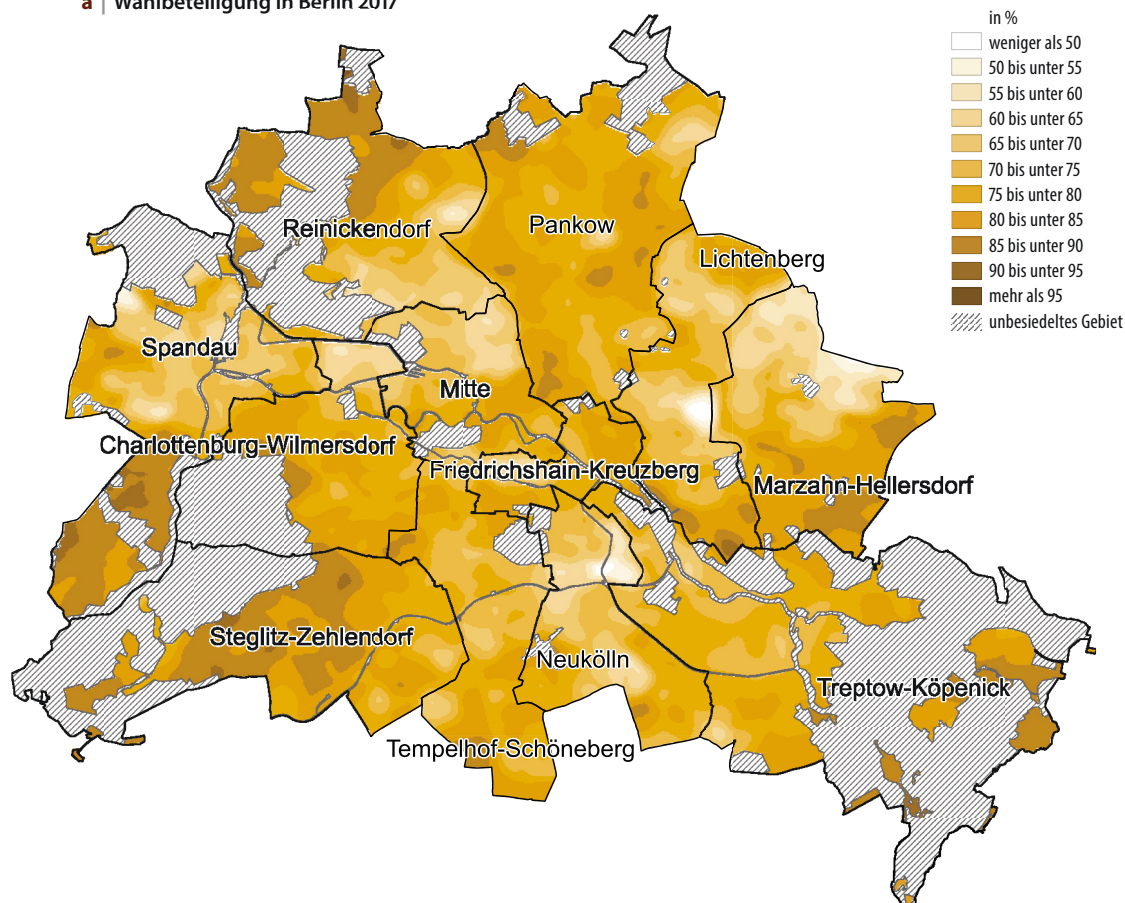
Wahl zum 19. Deutschen Bundestag 2017

## Regionale Aspekte des Wahlergebnisses in Berlin

von Kerstin Erfurth

Bei der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag war die Wahlbeteiligung in Berlin etwas höher als vor vier Jahren. In den Randbezirken des Nordwestens und Südwestens war sie besonders hoch, in einigen östlichen Stadtgebieten besonders niedrig. Die CDU ist vor allem im Westen Berlins verankert, wobei im Zentrum der Stadt niedrigere Zweitstimmenanteile erkennbar sind als am Stadtrand. Ebenfalls in der westlichen Region erhielt die SPD verstärkten Zuspruch. Die Sozialdemokraten verbuchten im Kontrast zur CDU ihre besseren Ergebnisse in Spandau und haben in Zentrumsnähe ähnliche Ergebnisse wie in den Randbezirken erzielen können. Die Zweitstimmenanteile der SPD sind verhältnismäßig homogen über das Stadtgebiet verteilt. Im Gegensatz dazu ist die Hochburg der Freien Demokraten vornehmlich in Charlottenburg-Wilmersdorf zu finden. In den östlichen Randgebieten Berlins wurden die höchsten Zweitstimmenanteile der AfD ausgezählt. Ebenfalls immer noch überwiegend im Osten Berlins verwurzelt, jedoch am entgegengesetzten Ende des politischen Spektrums, realisierte DIE LINKE ihre größten Zweitstimmenanteile. Die Hochburgen der GRÜNEN erstrecken sich von Mitte über Kreuzberg bis nach Steglitz-Zehlendorf. Die GRÜNEN sind somit im besonderen Maße eine Partei der dynamischen Innenstadtbezirke.

a | Wahlbeteiligung in Berlin 2017



Im Folgenden werden die Zweitstimmen der Parteien aus dem endgültigen Ergebnis der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag für Berlin kartografisch dargestellt. Die Grafiken zeigen die prozentualen Zweitstimmenanteile der jeweiligen Parteien in einer neuen dynamischen Darstellungsform, die im Abschnitt „Methodik“ näher erläutert ist. Dabei gibt es für die analysierten Parteien CDU, SPD, DIE LINKE, GRÜNE, AfD und FDP jeweils eine separate Abbildung. Vorweg wird die Wahlbeteiligung Berlins in einer weiteren Karte illustriert (Abbildung a).

Gegenüber der Bundestagswahl im Jahr 2013 ist die Wahlbeteiligung in Berlin insgesamt von 72,5 % auf etwa 75,6 % leicht gestiegen. Das Minimum von unter 50 % ist im Südosten Neuköllns zu finden. Auch das Märkische Viertel, das östliche Lichtenberg sowie der Norden von Marzahn und Hellersdorf zeigen eine geringe Teilnahme an der diesjährigen Wahl. Demgegenüber war in Dahlem mit fast 90 % die maximale Wahlbeteiligung zu messen. Im angrenzenden Zehlendorf sowie in Frohnau, Hermsdorf, Gatow, Kladow und im südlichen Karlshorst waren die Wahlberechtigten ebenfalls besonders aktiv.

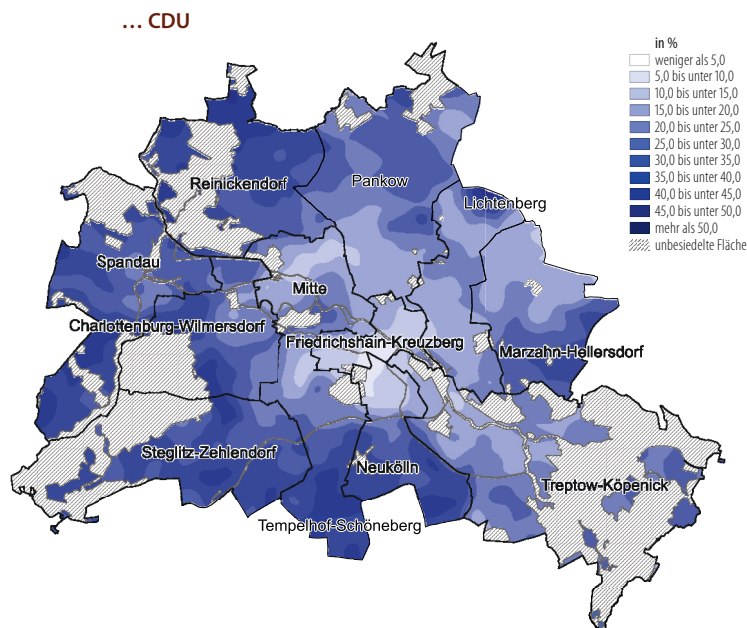
Die CDU hat in dieser Wahl ihren anteilig höchsten Zuspruch in Rudow, Lichtenrade sowie Frohnau erhalten. Dort gaben zwischen 36 % und 40 % der Wählerinnen und Wähler den Christdemokraten ihre Stimme. Auch im nördlichen Wartenberg war der Stimmenanteil überdurchschnittlich. Am geringsten war der Anteil der CDU-Wählerinnen und -Wähler an der Grenze zwischen Kreuzberg und Neukölln mit jeweils etwas unter 9 %.

Die Zustimmung für die SPD war in Gropiusstadt, Staaken, Spandau sowie Haselhorst am stärksten. Auch in dem Süden Neuköllns und dem Süden Schönebergs erhielt die SPD vergleichsweise hohe Zweitstimmenanteile. In Dahlem, Buch und Französisch Buchholz konnten die Sozialdemokraten nicht in gleicher Weise überzeugen. Dennoch sehen sich in großen Teilen Berlins viele Menschen durch die SPD gut repräsentiert. Die Unterschiede zwischen den Stadtteilen sind weniger ausgeprägt als dies bei anderen Parteien der Fall ist.

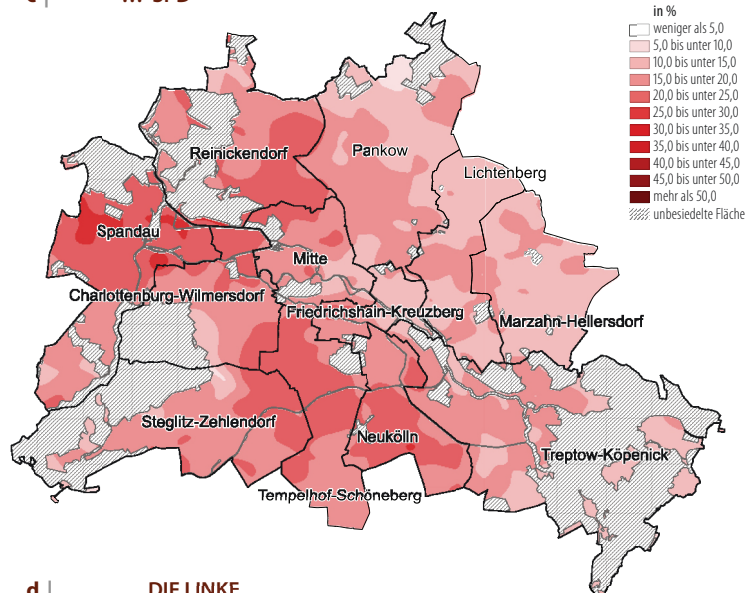
Demgegenüber bleibt die Wählerschaft der Partei DIE LINKE nach wie vor im östlichen Teil der Stadt verankert. Dabei sind Hochburgen in Kreuzberg, Neukölln, Friedrichshain und im Süden von Friedrichsfelde zu finden. Dort lagen die Zweitstimmenanteile jeweils bei über 36 %. Der Westen Berlins bildet einen deutlichen Kontrast dazu. Wenig Erfolg hatte die Partei DIE LINKE vor allem in Dahlem, Schmargendorf und Grunewald.

Besonders in den Innenstadtbezirken konzentrieren sich die Hochburgen der GRÜNEN. Speziell in Schöneberg, Kreuzberg, dem Norden Neuköllns und Prenzlauer Berg war ein hoher Zweitstimmenanteil zu verzeichnen. In Wartenberg, Hohenschönhausen, Falkenberg, Marzahn und Hellersdorf fühlten sich jedoch anteilig besonders wenige Personen durch die GRÜNEN gut repräsentiert.

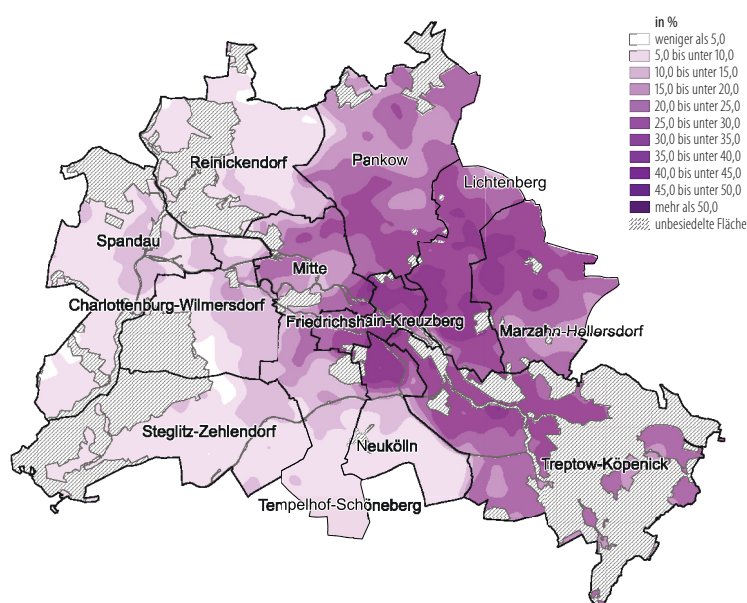
## b | Zweitstimmenanteile der Partei ...



## c | ... SPD

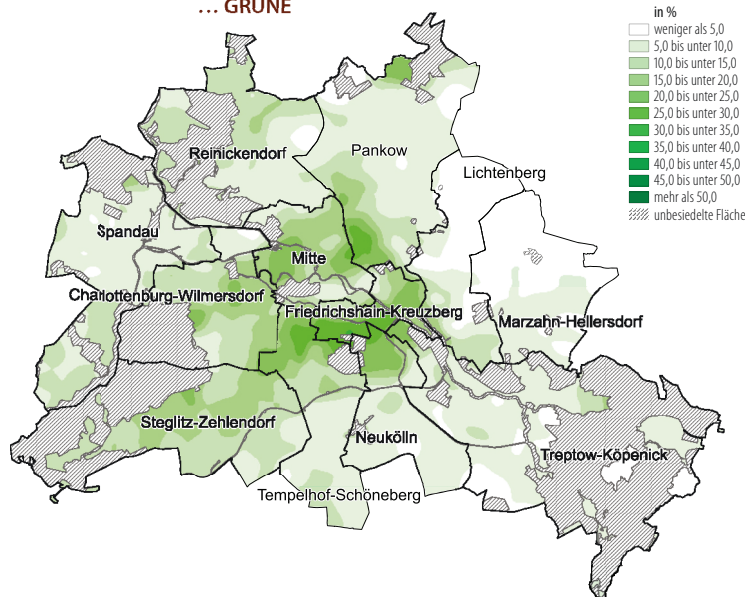


## d | ... DIE LINKE

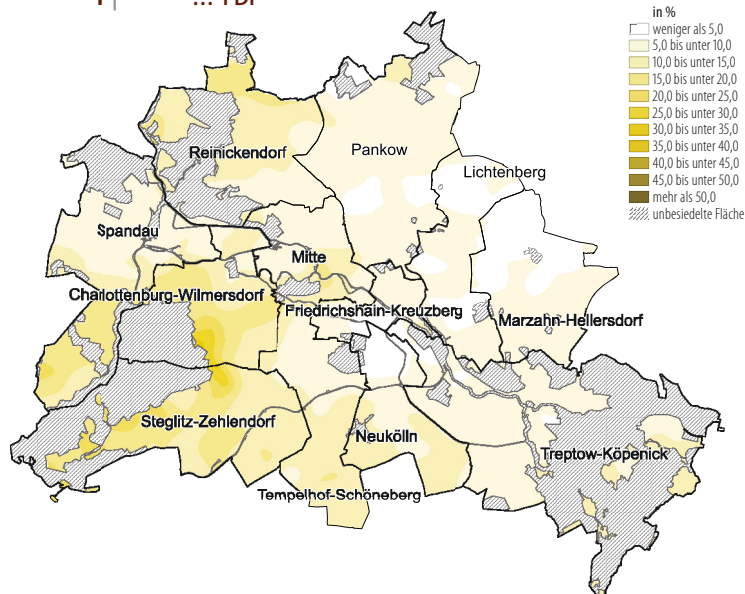


## e | Zweitstimmenanteile der Partei ...

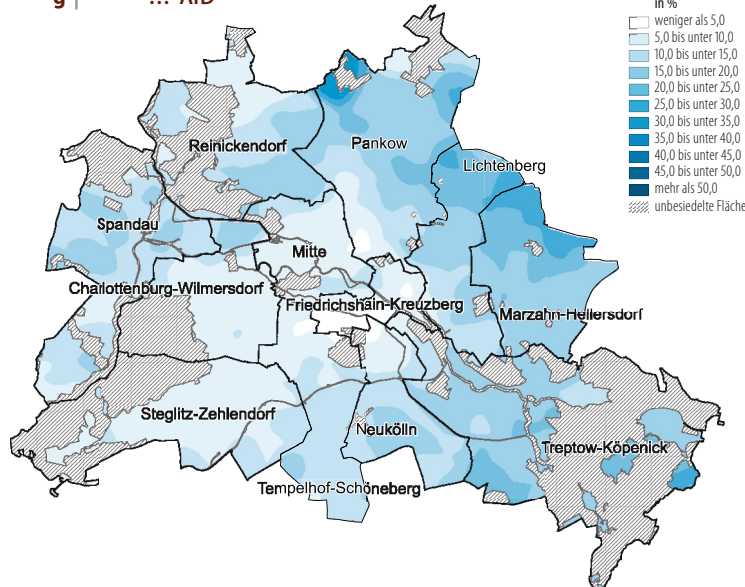
## ... GRÜNE



## f | ... FDP



## g | ... AfD



Den Freien Demokraten (FDP) haben in Grunewald, Schmargendorf und Dahlem jeweils mehr als 27 % der Wählerinnen und Wähler ihre Stimme gegeben. Auch in Westend findet sich ein ähnlich hoher Anteil an Zweitstimmen. Jedoch erfährt die FDP in anderen Teilen Berlins vergleichsweise wenig Zustimmung.

Besonders hohe Stimmenanteile erhielt die Alternative für Deutschland (AfD) mit jeweils über 23 % vor allem an der Grenze zwischen Buch und Karow, dem Norden Marzahns, Falkenberg und im nördlichen Hellersdorf. Hohe Anteile zeigten sie auch in Altglienicke, Köpenick, Müggelheim und Blankenfelde. Demgegenüber fand die AfD insbesondere in den dynamischen Stadtteilen Berlins, wie Kreuzberg und Neukölln, keinen Anklang.

## Methodik

Als alternative Darstellung zur klassischen Choroplethenkarte, mit je nach Stimmenanteilen einheitlich eingefärbten Wahlgebieten, die entsprechend scharf voneinander abgegrenzt werden, sind hier sogenannte Kerndichtekarten zu sehen. Diese ermöglichen einen Blick auf die Wahlergebnisse auf Basis punktbezogener und nicht auf den üblichen flächenbezogenen Daten. Auf diese Weise sind die Ergebnisse losgelöst von künstlichen Verwaltungsgrenzen, wie die der Wahlgebiete. Das Interesse hin zu punktbezogenen Informationen steigt kontinuierlich, weshalb hier ein neues Verfahren der Kerndichteschätzung Anwendung findet, welches an der Freien Universität Berlin entwickelt wurde. Mit diesem Verfahren ist es genauer und auch über Verwaltungsgrenzen hinweg möglich, zusammenhängende Hochburgen sowie Areale mit verminderter Zuspruch der Parteien zu lokalisieren. Zudem erlaubt es stärkere Differenzierungen innerhalb von Wahlgebieten, da das Wahlverhalten gerade in größeren Wahlgebieten relativ stark variieren kann. Zur besseren Lesbarkeit sind die ursprünglich ineinander übergehenden Farbwerte in zwölf Kategorien zusammengefasst. So entsteht eine Darstellungsform, welche ähnlich den Höhenlinien in Gebirgs- oder Wetterkarten zu interpretieren ist.

**Kerstin Erfurth**, Diplom-Wirtschaftsmathematikerin, studiert *Statistik* an der Freien Universität Berlin. Die vorgestellten Ergebnisse entstanden im Rahmen eines EMOS-Praktikums (European Master in Official Statistics) im Amt für Statistik Berlin-Brandenburg. Das verwendete Verfahren wurde von Dr. Marcus Groß im Rahmen seiner Dissertation erarbeitet und in seiner Tätigkeit bei der INWT Statistics GmbH in Zusammenarbeit mit der Freien Universität Berlin weiterentwickelt.

Detaillierte Ergebnisse der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 im Land Berlin finden Sie unter: [www.wahlen-berlin.de](http://www.wahlen-berlin.de)

Wahl zum 19. Deutschen Bundestag 2017

## Wählerverhalten und soziales Umfeld in Berlin

### – eine Aggregatdatenanalyse

von Jörg Feilbach und Tobias Hannemann

Die Zweitstimmenanteile der Parteien bei dieser Bundestagswahl lassen sich kleinräumlich mit strukturellen Indikatoren verbinden. So zeigte sich, dass die CDU vor allem in Gebieten mit vielen christlichen und älteren Personen gewählt wurde. Die SPD wies jenseits eines Ost-West-Gefälles kein ausgeprägtes strukturelles Profil auf, hatte aber in Gebieten mit vielen jungen Erwachsenen etwas bessere Ergebnisse. DIE LINKE ist nach wie vor im Osten verwurzelt. Ist eine Region durch wenige Ältere, viele Nichtdeutsche und eine hohe Bevölkerungsfuktuation gekennzeichnet, kann mit hoher Zustimmung für die GRÜNEN gerechnet werden. Die AfD findet ihre Wählerschaft dagegen dort, wo wenige Nichtdeutsche und Christen leben sowie die Bevölkerung älter ist. FDP-Wählerinnen und -Wähler leben häufiger in Regionen mit guten Wohnlagen, vielen kirchlich Gebundenen und wenigen SGB-II-Empfängerinnen und -Empfängern. Dagegen entschieden sich in Gebieten mit vielen SGB-II-Empfängerinnen und -Empfängern sowie in Gegenden mit wenigen guten Wohnlagen besonders viele Bürgerinnen und Bürger gegen eine Wahlteilnahme.

#### CDU verstärkt in Wahlgebieten mit älteren, alteingesessenen und christlich gebundenen Personen

In Wahlgebieten mit einem hohen Anteil an älteren Menschen schnitt die CDU mit 27,9 % der Zweitstimmen besonders gut ab. Dagegen konnten die Christdemokraten nur 15,3 % der Wählerinnen und Wähler in den Gebieten mit besonders niedrigem Anteil älterer Menschen mobilisieren. Wahlgebiete mit einem hohen Anteil an älteren Menschen unterschieden sich zudem nach ehemals West- und Ost-berliner Stadtgebieten. In Berlin-West wählten mit 32,0 % deutlich mehr Menschen die CDU als in den entsprechenden Wahlgebieten in Berlin-Ost (19,7 %). Die Christdemokraten konnten mit 28,0 % deutlich bessere Ergebnisse bei den Zweitstimmen in den Gebieten erzielen, in denen vergleichsweise mehr Einwohnerinnen und Einwohner seit mindestens fünf Jahren nicht umgezogen sind. In Wahlgebieten mit höherer Fluktuation vereinte die CDU lediglich 18,6 % der Stimmen auf sich. Für den Zweitstimmenanteil der CDU waren Wahlgebiete mit einer hohen Verbreitung der kirchlichen Zugehörigkeit weiterhin bestimmend. In Wahlgebieten mit hohem Anteil an konfessionell gebundenen Wahlberechtigten erhielten die Christdemokraten 30,2 %. In Gebieten mit niedrigem Konfessionsanteil erreichte die CDU 20,0 % der Zweitstimmen.

Bei den Wählerinnen und Wählern in ihren eigenen Hochburgen erhielt die CDU 32,5 % der Stimmen. Besonders gut punktete sie in den Hochburgen der FDP (30,0 %). Deutlich schwächer war sie in den Hochburgen der Parteien DIE LINKE (15,3 %)

und GRÜNEN (16,4 %). Vor allem im Westteil der Stadt verbuchten die Christdemokraten hohe Stimmenanteile in den Hochburgen der FDP (31,1 %), der SPD (26,1 %) und der AfD (28,8 %).

#### SPD im Westen schwach, im Osten schwächer

Die, trotz insgesamt deutlicher Verluste, besten Ergebnisse erreichten die Sozialdemokraten mit 20,0 % dort, wo der Anteil jüngerer Wahlberechtigter im Alter von 18 bis unter 25 Jahren hoch ist. An zweiter und dritter Stelle lagen Regionen mit hohen Anteilen an Kirchenmitgliedern (19,7 %) oder hohem Anteil an Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfängern (19,3 %). Entsprechend war die SPD dort weniger erfolgreich, in denen nur geringe Anteile christlicher Wahlberechtigter (15,2 %) und junger Erwachsener (15,3 %) vorzufinden sind. Es ist jedoch zu betonen, dass die Befunde zum Teil einem Ost-West-Unterschied geschuldet sind. Die SPD schnitt im Westteil der Stadt zwar schlecht, aber insgesamt besser ab als im Ostteil. Die Anteile an Kirchenmitgliedern sowie jungen Erwachsenen sind in Berlin-West jedoch zumeist höher. So ergab sich hinsichtlich der Anteile kirchlicher Wahlberechtigter innerhalb der beiden ehemaligen Stadthälften kaum ein Unterschied zwischen Briefwahlbezirken mit hohen oder niedrigen Anteilen.

Bezogen auf das Abschneiden der anderen Parteien zeigt sich für die Sozialdemokraten folgendes Bild: Mit 19,7 % war die SPD dort am erfolgreichsten, wo DIE LINKE nur geringen Zuspruch erhielt. Überdurchschnittlich schnitt die Partei auch in Wahlgebieten ab, in denen häufig die CDU (19,0 %) gewählt

wurde oder dort, wo viele Nichtwählerinnen und -wähler leben (19,2 %). Konnte DIE LINKE dagegen viele Wählerinnen und Wähler gewinnen, so ging dies mit einem besonders schwachen Abschneiden der SPD einher (15,3 %). Kaum bessere Resultate ergaben sich für die Sozialdemokraten in Regionen, in denen die FDP oder die CDU schlechter abschnitten (15,7 % bzw. 16,0 %).

### **Strukturelles Profil der Partei DIE LINKE von Ost-West-Gegensatz überlagert**

Hinsichtlich der Sozialindikatoren erwies sich DIE LINKE mit 27,2 % besonders stark in Regionen mit geringen Anteilen an christlich gebundenen Wahlberechtigten. Hohe Ergebnisse konnte die Partei zudem in Gebieten erzielen, welche unterdurchschnittliche Anteile an älteren Wahlberechtigten oder jungen Erwachsenen aufweisen (25,2 % bzw. 24,5 %). Es darf hier jedoch nicht übersehen werden, dass diese Sozialstrukturmerkmale im Ostteil der Stadt überwiegend geringe Werte aufweisen und dass DIE LINKE gerade in Berlin-Ost ihre Hochburgen hat. Nur den Ostteil betrachtend wurde das beste Resultat mit 28,9 % dort erreicht, wo besonders viele Bezieherinnen und Bezieher von Hartz IV leben.

Am schwächsten schnitt DIE LINKE insgesamt betrachtet in Regionen mit einem hohen Anteil kirchlich Gebundener ab (9,2 %). In Gebieten mit einem hohen Anteil an Wahlberechtigten in guten Wohnlagen sowie in Regionen mit wenigen Hartz-IV-Bezieherinnen und -Beziehern konnten ebenfalls nur wenige Wählerinnen und Wähler gewonnen werden (13,6 % bzw. 14,4 %).

Im Vergleich mit den anderen Parteien gingen Erfolge für DIE LINKE an erster Stelle mit schwachen Ergebnissen für die FDP einher (29,2 %). Ein geringer Zuspruch für die CDU kennzeichnete ebenfalls Wahlregionen mit hohen Stimmanteilen für DIE LINKE (27,8 %). Besonders schwach erwies sich die Partei mit nur 8,5 % bzw. 9,5 % in Hochburgen der CDU und der FDP. Da diese Hochburgen überwiegend im Westteil der Stadt zu finden sind, spiegelt sich hier wiederum der deutliche Ostbezug der Partei DIE LINKE wider.

### **Grünes Umfeld geprägt durch wenige Alte, viele Nichtdeutsche und stark fluktuierende Bevölkerung**

Für die GRÜNEN war der Erfolg mit einem Umfeld verknüpft, das sich durch einen geringen Anteil an älteren Wahlberechtigten von mindestens 70 Jahren (19,5 %) oder einem hohen Ausländeranteil (16,9 %) auszeichnet. Auch dort, wo viel umgezogen wird, waren die GRÜNEN mit 15,7 % häufig die Partei der Wahl. War der Anteil der Bevölkerung mit längerer Wohndauer dagegen hoch oder der Anteil der Nichtdeutschen gering, wurde von einer Entscheidung für die GRÜNEN eher Abstand genommen (8,8 % bzw. 7,8 %). Den schlechtesten Wert erzielte die Partei mit 5,4 % in Gebieten mit geringem Anteil an kirchlichen Wahlberechtigten. Bei gesonderter Betrachtung der beiden ehemaligen Stadthälften zeigt sich, dass dieser Effekt allein und in starkem Maße in Berlin-Ost auftrat. In Berlin-West dagegen

waren die GRÜNEN umso erfolgreicher, je geringer der Anteil an christlich gebundenen Wahlberechtigten ist.

Im Parteienvergleich ging der Wahlerfolg der GRÜNEN mit einem schwächeren Abschneiden der AfD (21,8 %) und der CDU (18,0 %) einher. Eine hohe Wahlbeteiligung wirkte sich ebenfalls positiv auf das Ergebnis der Partei aus (16,1 %). Neben den Regionen mit vielen CDU-Wählerinnen und -Wählern (9,8 %) sowie vielen Nichtwählerinnen und -wählern (8,3 %) schnitten die GRÜNEN besonders schlecht in den Hochburgen der AfD (4,9 %) ab.

### **AfD in Wahlgebieten mit wenigen Nichtdeutschen sowie konfessionsloser und älterer Bevölkerung erfolgreicher**

In Wahlgebieten mit niedrigem Ausländeranteil schöpfte die AfD deutlich mehr Stimmen ab (15,9 %) als in Wahlgebieten mit hohem Ausländeranteil (8,7 %). Ebenso erzielte die AfD in Wahlgebieten mit geringem Anteil an Kirchenzugehörigen mehr Zweitstimmen (19,0 %). In Gebieten mit hohem Anteil an Christen erreichte die AfD deutlich weniger Stimmen (10,6 %). Auch dort, wo mehr alte Menschen leben, stimmten mehr für die AfD (13,0 %) als in Gebieten mit wenigen alten Menschen (8,4 %). Zudem schnitt die AfD in Wahlgebieten mit wenigen guten Wohnlagen besser ab (13,3 %) als in Gebieten mit vielen guten Wohnlagen (9,0 %).

Neben den eigenen Hochburgen (19,9 %) überzeugte die AfD nur in den Hochburgen der Nichtwählerinnen und -wähler (16,2 %). Sie erreichte besonders gute Ergebnisse in Gebieten, in denen die Basis der GRÜNEN und der FDP am schwächsten war (19,6 bzw. 14,5 %) und besonders schlechte, wenn die Basis der GRÜNEN am stärksten war (5,8 %).

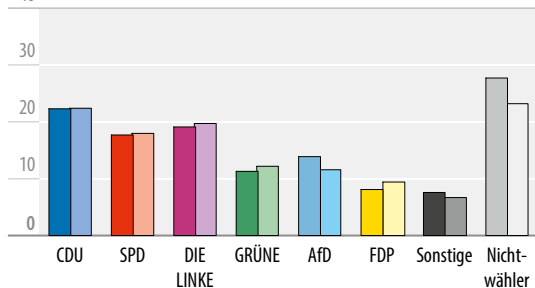
### **FDP im Westteil Berlins in Wahlgebieten mit christlicher, gut situerter und älterer Bevölkerung**

Die Freien Demokraten erhielten in Wahlgebieten mit einem hohen Anteil an konfessionsgebundenen Wählerinnen und Wählern mit 13,0 % mehr Stimmen als in Wahlgebieten mit niedrigem Anteil (5,5 %). Gute Ergebnisse (12,1 %) erzielte die FDP in Wahlgebieten, in denen der Anteil der SGB-II-Beziehenden niedrig ist. Dort wo der Anteil an SGB-II-Beziehenden hoch ist, erhielt sie nur 6,7 % der Stimmen. In Wahlgebieten mit einem hohen Anteil an älteren Menschen wurde die FDP öfter gewählt (11,3 %) als in Wahlgebieten mit niedrigem Anteil (6,4 %). In Wohngebieten, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung in guter Lage lebt, gewann die FDP 13,0 % der Zweitstimmen, in Gebieten mit geringem Anteil hingegen 7,4 %. Die FDP ist eine hauptsächlich im Westteil der Stadt verankerte Partei. Nur dort nutzten ihr die sozialstrukturellen Unterschiede der Wahlgebiete. Beispielsweise erbrachten Wahlgebiete mit einem erhöhten Anteil an älteren Menschen der FDP in Berlin-West 14,2 % der Stimmen, in Berlin-Ost nur 5,8 %.

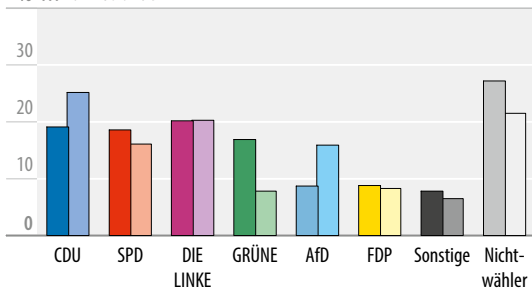
Der Westberliner Charakter der FDP spiegelt sich auch in der Betrachtung der Hochburgen wider. In den eigenen Hochburgen waren Unterschiede zwischen West (16,4 %) und Ost (9,2 %) erkennbar.

**a | Zweitstimmenanteile der Parteien und Nichtwähleranteil in Wahlgebieten mit hohen und niedrigen Anteilen ...**

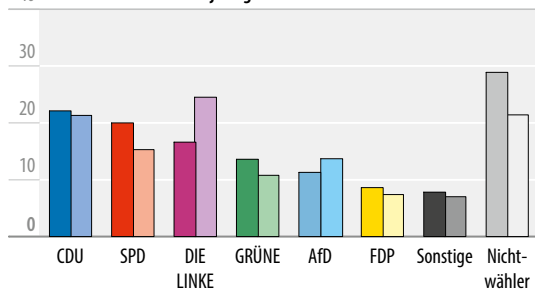
40 ... von Kindern unter 18 Jahren



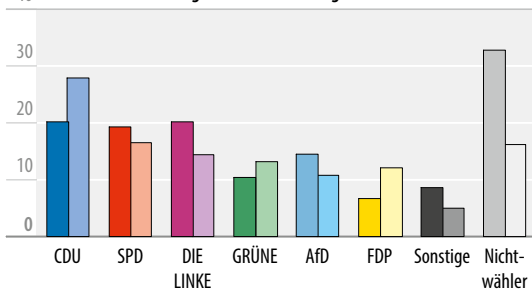
40 ... von Ausländern



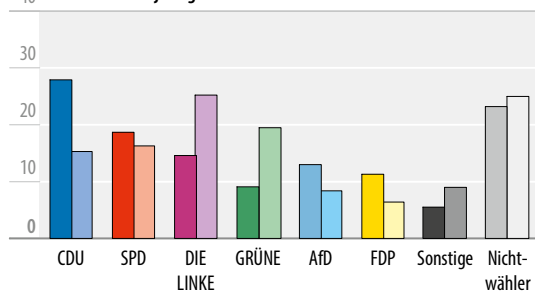
40 ... von 18- bis unter 25-jährigen Deutschen



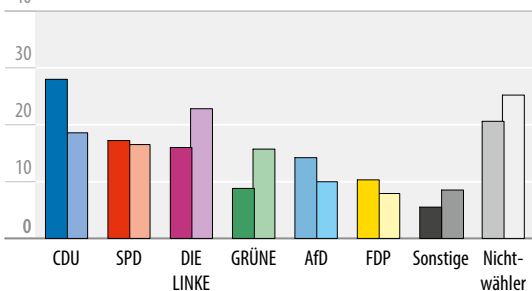
40 ... von unter 65-Jährigen mit SGB-II-Bezug



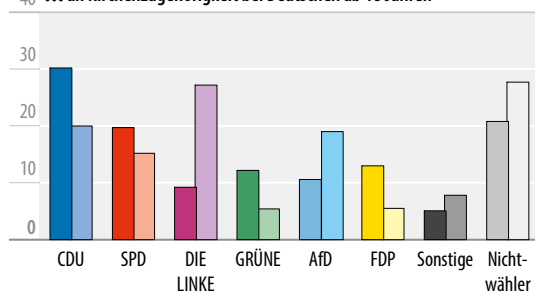
40 ... von über 70-jährigen Deutschen



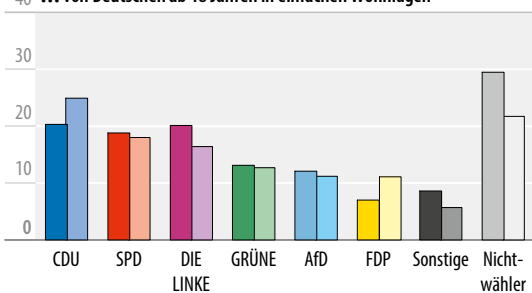
40 ... von Bewohnern mit mindestens 5 Jahren Wohndauer



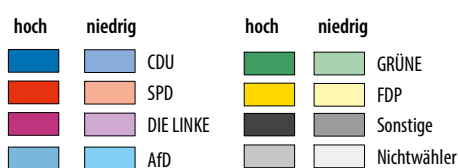
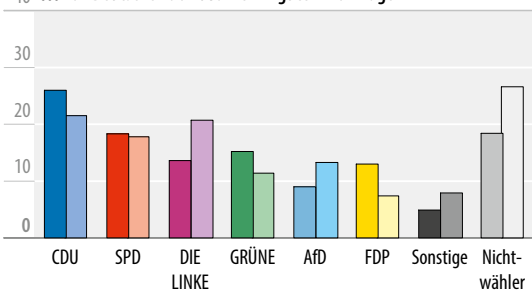
40 ... an Kirchengliederung bei Deutschen ab 18 Jahren



40 ... von Deutschen ab 18 Jahren in einfachen Wohnlagen



40 ... von Deutschen ab 18 Jahren in guten Wohnlagen



Die Freien Demokraten konnten zudem in den Hochburgen der CDU Stimmen fangen (13,2 %). Dort, wo DIE LINKE besonders schwach vertreten war, erreichte die FDP ebenfalls gute Werte (13,4 %). Die schwächsten Ergebnisse erzielte die FDP in den Hochburgen der Partei DIE LINKE (4,8 %) und der AfD (6,5 %).

### Sonstige Parteien

Die Kategorie der sonstigen Parteien setzt sich aus vielen sehr unterschiedlichen, in ihren Positionen teilweise ganz gegensätzlichen Parteien, wie zum Beispiel die PIRATEN, Die PARTEI, FREIE WÄHLER, ÖDP, BüSo, MLPD zusammen. Diese wiesen überdies zum Teil stark voneinander abweichende Zweitstimmenanteile in den Wahlregionen auf. Strukturelle Zusammenhänge mit den Wahlergebnissen sind daher besonders schwer zu deuten. Die sonstigen Parteien könnten als Angebot für Personen gesehen werden, die sich mit ihren Anschauungen und Positionen bei den etablierten Parteien nicht wiederfinden, auf die Ausübung des Wahlrechts aber nicht verzichten mochten.

Die höchsten Stimmenanteile erreichten die sonstigen Parteien mit zusammen 9,0 % in Briefwahlbezirken mit niedrigen Anteilen an älteren Wahlberechtigten, mit jeweils 8,6 % in Regionen mit vielen Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfängern und vielen Wahlberechtigten, die in einfachen Wohnlagen leben. Mit 4,9 % konnten die Sonstigen die geringsten Wähleranteile in Briefwahlbezirken mit hohen Anteilen an Wahlberechtigten in guten Wohnlagen auf sich vereinen. Wenig Zuspruch erlangten sie mit 5,0 % auch in Regionen mit geringen Anteilen an Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfängern sowie mit vielen kirchlich gebundenen Wahlberechtigten (5,1 %).

Vergleichsweise viele Wählerinnen und Wähler erreichten die sonstigen Parteien mit Stimmenanteilen von 9,5 % bzw. 9,2 % dort, wo die CDU sowie die FDP ihre schwächsten Ergebnisse einfuhren. Aber auch in den Regionen mit den höchsten Anteilen an Wählerinnen und Wählern der Partei DIE LINKE vereinten die Sonstigen 9,0 % der Stimmen auf sich. Wenige Wählerinnen und Wähler entschieden sich für die kleineren Alternativen entsprechend in FDP-Hochburgen (4,5 %) und Gebieten mit vielen CDU-Anhängerinnen und -Anhängern (4,9 %). Aber auch dort, wo nur wenige Stimmen an DIE LINKE gingen, fanden die sonstigen Parteien mit 5,0 % geringen Zuspruch.

### Bedürftige Gebiete mit geringer politischer Teilhabe

Ein deutlicher Unterschied in der politischen Teilhabe war hauptsächlich zwischen Wahlgebieten mit einem hohen Anteil und einem niedrigen Anteil an SGB-II-Bedürftigen sichtbar (32,8 % bzw. 16,2 % Nichtwählerinnen und -wähler). Tendenziell wurde auch dort weniger gewählt, wo seltener gute Wohnlagen oder häufiger einfache Wohnlagen existieren.

Nichtwählerinnen und -wähler waren in allen Hochburgen gut vertreten. Am niedrigsten war der Anteil der Nichtwählerinnen und -wähler in den

Hochburgen der FDP (18,7 %), der CDU (20,5 %) und der GRÜNEN (21,0 %). Besonders hoch dagegen war er in den Hochburgen der AfD (29,4 %), der SPD (27,2 %) und der Partei DIE LINKE (27,1 %).

### Methodische Anmerkungen

Der Analyse liegen die Zweitstimmen der Parteien aus dem endgültigen Ergebnis der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 zugrunde. Für die Analyse wurde sowohl die Stimmenabgabe in den Wahllokalen als auch per Briefwahl berücksichtigt. Anhand der abgegebenen gültigen Stimmen wurden die Zweitstimmenanteile errechnet. Dagegen bezog sich die gesonderte Betrachtung der Nichtwählerinnen und -wähler auf alle Wahlberechtigten.

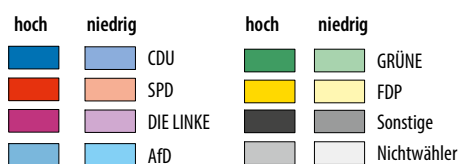
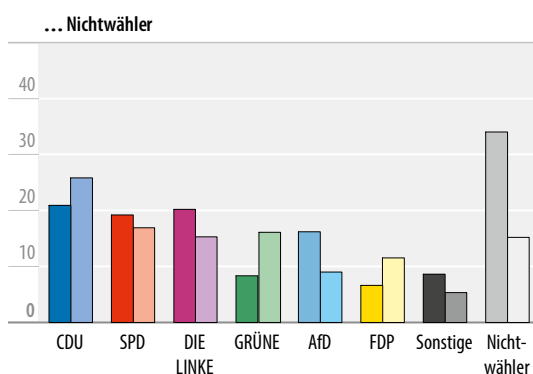
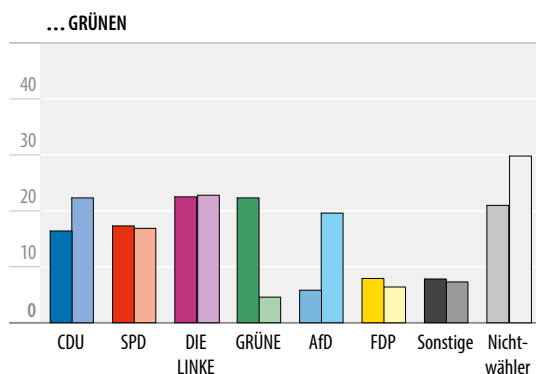
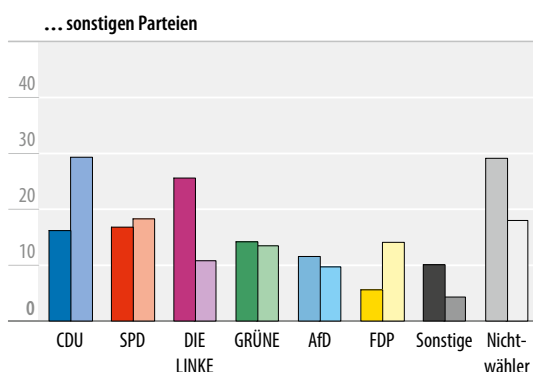
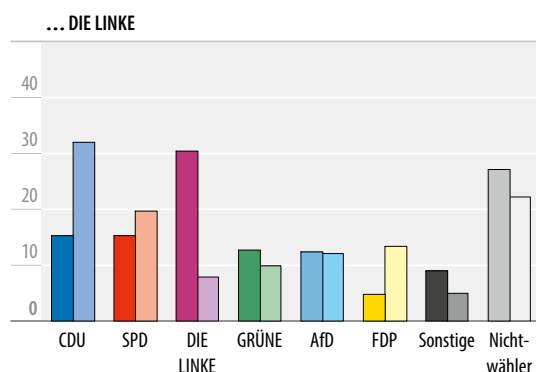
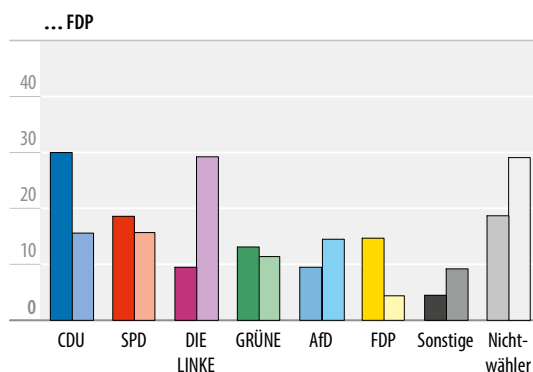
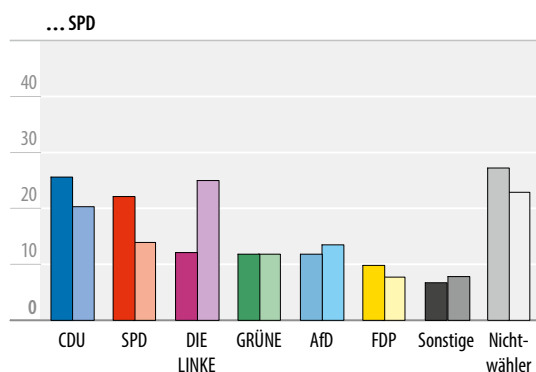
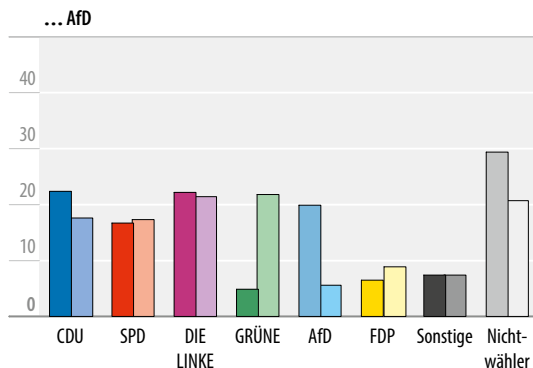
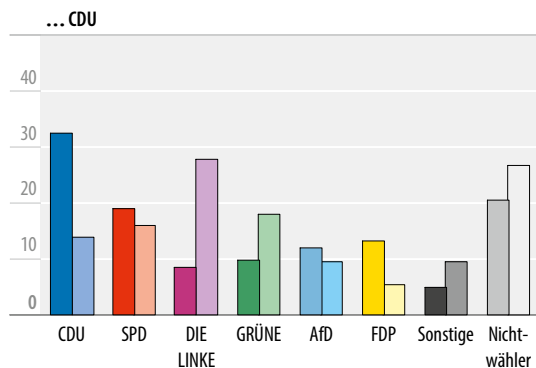
Für die Untersuchung der Zusammenhänge mit der sozialen Lage und dem sozialen Umfeld der Wählerinnen und Wähler wurden von den 660 Briefwahlbezirken jeweils die beiden Viertel mit den höchsten und niedrigsten Ausprägungen auf einem Sozialstrukturindikator ausgewählt. Briefwahlbezirke mit mittleren Ausprägungen auf einem Indikator wurden nicht in die Analyse einbezogen. In den 25 % der Briefwahlbezirke mit den höchsten Ausprägungen und in den 25 % der Briefwahlbezirke mit den niedrigsten Ausprägungen des Indikators wurden die Zweitstimmenanteile der Parteien berechnet und verglichen.

Für den Vergleich der Parteien untereinander wurde nach demselben Prinzip vorgegangen. Für jede Partei wurden die jeweils 25 % der Briefwahlbezirke mit dem besten und dem schlechtesten Abschneiden ermittelt und dann wiederum die Zweitstimmenanteile der übrigen Parteien berechnet und verglichen.

Die verwendeten Indikatoren charakterisieren das soziale Umfeld, in dem Wählerinnen und Wähler ihre Wahlentscheidung treffen. Sozialräumliche Zusammenhänge formen immer auch die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner und tragen damit zur politischen Meinungsbildung bei. Dementsprechend beeinflusst der regionale Bezugspunkt auch das Wählerverhalten. Direkte Aussagen über Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen der Wählerinnen und Wähler und dem Wählerverhalten auf Individualebene sind damit nicht möglich. Vielmehr geht es um eine Analyse auf Aggregatebene.

Der Ausländeranteil in einem Wahlgebiet kennzeichnet die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung und umfasst alle Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Der Anteil der Kinder unter 18 Jahren an der Bevölkerung kann als Indikator für Familien mit ihren speziellen Bedürfnissen gesehen werden. Um die vermuteten Parteipräferenzen in verschiedenen Lebensaltern zu ermitteln, wurden zwei Altersgruppen ausgewählt. Die erste Altersgruppe stellt die jungen deutschen Erwachsenen zwischen 18 und unter 25 Jahren dar. Hierin enthalten sind unter anderen auch potenzielle Erstwählerinnen und -wähler. Die zweite Altersgruppe wird von den Deutschen im höheren Rentenalter ab 70 Jahren gebildet.

**b | Zweitstimmenanteile der Partei und Nichtwähleranteil in Wahlgebieten mit hohen und niedrigen Anteilen an Zweitstimmen für die ...**



Die entsprechenden Kennzahlen sind Quoten der Altersgruppe bezogen auf die volljährige deutsche Bevölkerung.

Da religiöse Überzeugungen Wahlentscheidungen beeinflussen können, wurde die Konfessionszugehörigkeit zur evangelischen oder römisch-katholischen Kirche in die Untersuchung einbezogen. Für die Beschreibung der Wohnsituation werden einerseits die Wohndauer und andererseits die Wohnlage in den Wahlregionen betrachtet. Die Wohndauer ist ein Indikator für die Sesshaftigkeit oder Fluktuation der Bevölkerung. Dabei bezieht sich der Indikator auf eine Wohndauer von mindestens fünf Jahren. Die Wohnlage dient der Beschreibung der Wohnqualität in einer Wahlregion und unterteilt sich in einfache und gute Wohnlagen. Alle aufgeführten Indikatoren stammen aus der Einwohnerregisterstatistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg mit Stichtag 31. Dezember 2016.

Der Bezug von Leistungen nach SGB II („Hartz IV“) beschreibt die Abhängigkeit von Transferleistungen bei Personen unter 65 Jahren. Typische Ursache für diesen Leistungsbezug ist Arbeitslosigkeit, die bereits länger als ein Jahr andauert. Jedoch auch

kurzzeitig Arbeitslose, Hochschulabsolventinnen und -absolventen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Selbstständige, deren anderweitiges Einkommen zu gering ist, haben Anspruch auf ergänzende Leistungen nach SGB II. Ausschlaggebend für den Anspruch ist die finanzielle Lage des gesamten Haushaltes (der „Bedarfsgemeinschaft“). In Bedarfsgemeinschaften leben zum Teil Personen, die für sich selbst genügend Einkommen erzielen, jedoch nicht genug für die betreffende Haushaltszusammensetzung. Insofern ist die Zugehörigkeit zu einer Bedarfsgemeinschaft per Definition ein Indikator relativer Einkommensarmut. Die SGB-II-Quote ist der Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB-II-Statistik)

der Bundesagentur für Arbeit entnommen und bildet den Anteil der melderechtlich registrierten Einwohnerinnen und Einwohner unter 65 Jahren in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften zum 31. Dezember 2015 ab.

**Jörg Feilbach** ist Sachbearbeiter im Referat *Mikrozensus, Sozialberichte* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg. **Tobias Hannemann** leitet das Referat *Dienstleistungen, Handel, Tourismus, Verkehr* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

Detaillierte Ergebnisse der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 im Land Berlin finden Sie unter: [www.wahlen-berlin.de](http://www.wahlen-berlin.de)

Wahl zum 19. Deutschen Bundestag 2017

## Wählerverhalten und soziales Umfeld im Land Brandenburg – eine Aggregatdatenanalyse

von Dorett Jenkel und Ricarda Nauenburg

Bei der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag gelang es der CDU trotz großer Verluste zum zweiten Mal in Folge, stärkste Partei im Land Brandenburg zu werden. Auch die SPD und DIE LINKE verloren Stimmanteile. FDP und AfD konnten hingegen Stimmzuwächse verzeichnen. Die GRÜNEN/B 90 behaupteten ihren Zweitstimmenanteil von 2013. Die Wahlbeteiligung lag mit 73,7 % über dem Niveau der letzten Bundestagswahl, aber noch unter dem Bundesdurchschnitt.

Die Analyse des Wählerverhaltens untersucht die Zusammenhänge zwischen den Stimmanteilen der Parteien und dem sozialen Umfeld in der Wahlregion, davon ausgehend, dass Wahlentscheidungen mit der sozialen Lage der Wählerinnen und Wähler verknüpft sind. Zusätzlich wird die Frage beantwortet, ob eine Partei dort überdurchschnittlich stark ist, wo eine andere unterdurchschnittlich abgeschnitten hat oder es Wahlregionen gibt, in denen jeweils zwei Parteien gleichzeitig erfolgreich waren, während sie in anderen Gebieten beide ihre Diaspora erlebten.

### Zusammengefasste Ergebnisse

Die CDU stützt sich ungeachtet der Stimmverluste im Land Brandenburg immer noch auf eine christlich geprägte Wählerschaft, die in ländlichen Räumen im eigenen Haus wohnt. Die im Land Brandenburg zweitplatzierte AfD hatte ihre besten Ergebnisse in wirtschaftlich benachteiligten Regionen mit wenigen Jungen und geringem Ausländeranteil. Die Zweitstimmenanteile der SPD lassen sich nur schwer auf das soziale Umfeld in den Wahlgebieten zurückführen. Die SPD ist immer noch eine Partei für alle – ohne ein ausgeprägtes Wählerprofil. DIE LINKE gewann ihre Stimmen vor allem in atheistisch geprägten Regionen mit unterdurchschnittlicher Wirtschaftskraft. Die Freien Demokraten gewannen ihre einstige Wählerklientel zurück. Erfolgreich waren sie vor allem in prosperierenden Gebieten mit geringer SGB-II-Quote und hoher Wirtschaftskraft, sowie in den Hochburgen der CDU und von GRÜNEN/B 90. Dort, wo viele junge Wählerinnen und Wähler leben sowie die Bevölkerungsdichte hoch ist, haben die GRÜNEN/B 90 ihre besten Zweitstimmenergebnisse bei dieser Wahl erzielt. Überdurchschnittlich viele Nichtwählerinnen und -wähler gab es in sozial benachteiligten Wahlgebieten.

### Christliche Wählerschaft, ländliche Räume und geringer Ausländeranteil begünstigen die CDU

Die Verbreitung konfessioneller Zugehörigkeiten in der Wählerschaft ist für Wahlerfolge der CDU nach wie vor von Bedeutung. Während die Christdemokraten in Regionen mit hohen Anteilen konfessionell gebundener Wahlberechtigter mit 30,1 % Erfolge erzielen konnten, blieben sie dort, wo diese Bevöl-

kerungsgruppe unterrepräsentiert ist, mit 24,9 % deutlich unter ihrem Durchschnitt. Über ihrem landesweiten Ergebnis von 26,7 % lag die CDU auch in Gebieten mit geringer Bevölkerungsdichte und niedrigem Ausländeranteil. Eine niedrige Wohneigentumsquote, wie sie in städtischen Regionen anzutreffen ist, wirkte sich hingegen negativ auf das Abschneiden der Christdemokraten aus. Im Umland beeinträchtigte zusätzlich eine hohe SGB-II-Quote das Wahlergebnis der CDU. Die CDU war immer dort besonders stark, wo auch die FDP ihre höchsten Stimmengewinne verbuchen konnte. Schlecht schnitt sie in den Hochburgen der LINKEN, der sonstigen Parteien und in Wahlgebieten mit hohem Anteil an Nichtwählerinnen und -wählern ab. Im weiteren Metropolitanraum war die CDU dort besonders schwach, wo die AfD ihre Hochburgen hatte.

### SPD weitgehend ohne sozialstrukturelles Profil

Insgesamt sind die Ergebnisse der SPD relativ ausgeglichen. Deutliche Zusammenhänge zwischen dem Zweitstimmenergebnis und der Sozialstruktur sind kaum erkennbar. Leicht besser schnitt die SPD in Regionen mit einem hohen Anteil an älteren Wahlberechtigten ab, insbesondere im weiteren Metropolitanraum. War aber der Anteil junger Deutscher im Wahlgebiet niedrig, erreichte die SPD nur 15,8 %. Mit jeweils 18,3 % war die SPD sowohl in Gebieten, in denen vergleichsweise viele Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfänger wohnen als auch in ländlichen Regionen relativ stark.

Die SPD erreichte in Regionen mit geringer Wahlbeteiligung relativ hohe Zweitstimmenanteile, in den Hochburgen von AfD und FDP schnitt sie verhältnismäßig schlecht ab.

### DIE LINKE ist in städtischen Regionen erfolgreich

DIE LINKE gehört bei dieser Bundestagswahl ebenfalls zu den Verlierern. Zuspruch erhielt DIE LINKE mit durchschnittlich 19,2% in Wahlregionen mit einem niedrigen Anteil christlich gebundener Wahlberechtigter. In Regionen mit vielen Kirchenmitgliedern kam sie nur auf 14,4%. Auch ländliche Räume und wenige Hartz-IV-Empfängerinnen und -Empfänger im Wahlgebiet wirkten sich ungünstig auf das Wahlergebnis der Partei DIE LINKE aus. Im städtischen Umfeld mit niedriger Wohneigentumsquote erreichte DIE LINKE überdurchschnittliche Zweitstimmenanteile.

DIE LINKE punktete vor allem in Regionen, in denen die CDU und die FDP ihre schlechtesten Ergebnisse erzielten und umgekehrt. Im weiteren Metropolenraum schnitt sie dort besonders schlecht ab, wo die AfD hohe Stimmanteile erreichen konnte.

### Die AfD gewann ihre Stimmen vorwiegend in wirtschaftlich benachteiligten Regionen mit geringem Ausländeranteil und vielen Älteren

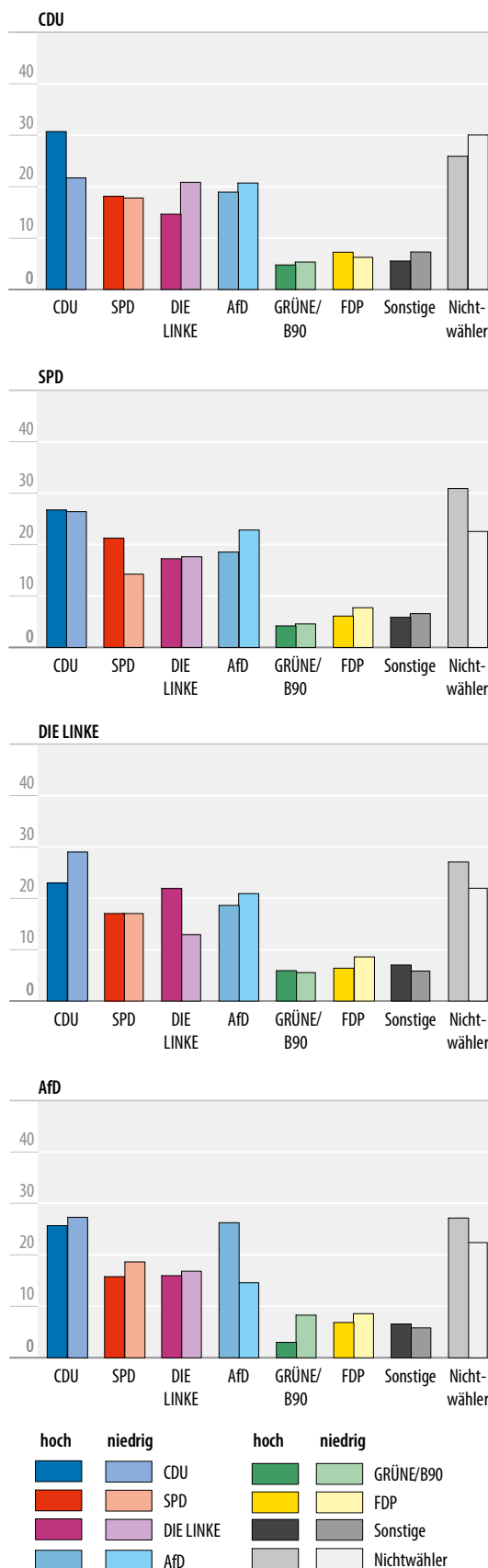
Besonders hohe Stimmanteile für die AfD gab es bei dieser Wahl in Brandenburger Regionen mit wenigen jungen Deutschen, wenigen Kindern, geringen Anteilen von Ausländern an der Bevölkerung und geringer Wirtschaftskraft. Im Berliner Umland erhielt die AfD weniger Zuspruch als im weiteren Metropolenraum, wobei sie in den verstädterten Räumen des Umlands nur 14,2% der Zweitstimmen erreichte.

Die Zweitstimmenergebnisse der AfD verhielten sich deutlich entgegengesetzt zu den Ergebnissen der GRÜNEN/B90: Dort, wo die GRÜNEN/B90 ihre höchsten Zweitstimmenanteile erzielte, schnitt die AfD unterdurchschnittlich ab. Im Berliner Umland trafen hohe AfD-Stimmanteile zudem mit niedriger Wahlbeteiligung zusammen, im weiteren Metropolenraum punktete die AfD genau dort, wo die anderen etablierten Parteien besonders schwach waren.

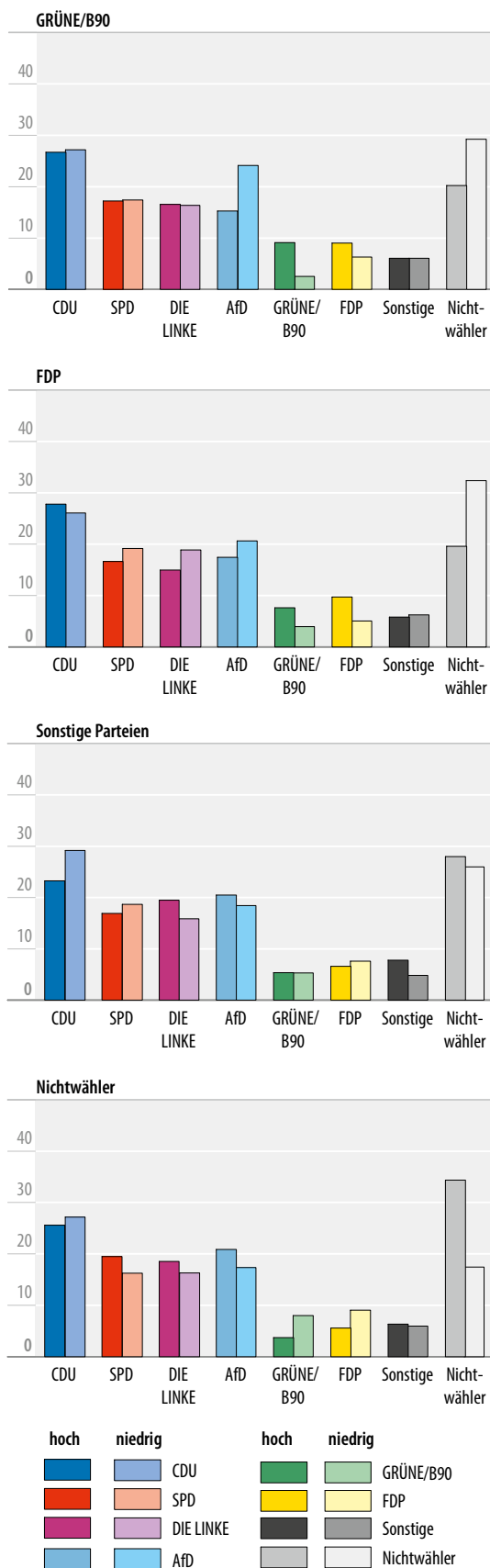
### Grünes Erfolgsumfeld: Junge prosperierende Regionen im Umland von Berlin

Für die GRÜNEN/B90 zeigen die strukturellen Zusammenhänge, dass sie im Berliner Umland und dort am erfolgreichsten waren, wo der Anteil der Kinder, die Bevölkerungsdichte und die Steuerkraft im Wahlgebiet besonders hoch waren. Im weiteren Metropolenraum sind die Prozentwertunterschiede bei allen untersuchten Sozialindikatoren eher gering. Den geringsten Zuspruch erhielten die GRÜNEN/B90 mit 3,1% in Gebieten mit einer geringen Steuerkraft pro Einwohner. Weiterhin zeigt sich, dass die GRÜNEN/B90 in Wahlregionen mit geringer Bevölkerungsdichte, wenigen Kindern und geringem Ausländeranteil besonders wenige Wählerinnen und Wähler von ihren Positionen überzeugen konnte. GRÜNE/B90 waren mit 8,3% dort stark, wo der Anteil der Wählerinnen und Wähler der AfD besonders gering war, aber auch in Gebieten mit hoher Wahlbeteiligung – hier erreichte die Partei 8,0%. Auch in Regionen, in denen die FDP hohe Stimmanteile erzielte,

a | Zweitstimmenanteile ausgewählter Parteien sowie Nichtwähleranteile in Wahlgebieten mit höchsten und niedrigsten Zweitstimmenanteilen der Parteien bzw. Anteile an Nichtwählern bei der Bundestagswahl am 24. September 2017 in Brandenburg in Prozent



**noch a** | Zweitstimmenanteile ausgewählter Parteien sowie Nichtwähleranteile in Wahlgebieten mit höchsten und niedrigsten Zweitstimmenanteilen der Parteien bzw. Anteilen an Nichtwählern bei der Bundestagswahl am 24. September 2017 in Brandenburg in Prozent



erreichten die GRÜNE/B90 gute Ergebnisse. Diese Zusammenhänge traten vor allem im Berliner Umland auf. Der negative Zusammenhang mit der Wählerschaft der AfD findet sich – wenn auch auf geringerem Niveau – auch im weiteren Metropolenraum.

### FDP stark im konfessionell geprägten Berliner Umland, schwach in strukturschwachen Regionen

Die FDP erreichte insbesondere Wählerinnen und Wähler in Wahlgebieten mit geringer SGB-II-Quote, hohem Kinderanteil und guter Steuereinnahmekraft. Besonders wenig Erfolg hatte sie in Wahlgebieten mit geringer Bevölkerungsdichte. Die räumlich differenzierte Betrachtung zeigt, dass sich im Berliner Umland mit vielen Christen besonders viele Wählerinnen und Wähler (10,4%) für die FDP entschieden haben.

Die FDP erzielte Erfolge in Wahlregionen, in denen die GRÜNE/B90 besonders stark und DIE LINKE besonders schwach waren. Auch in Regionen mit einer hohen Wahlbeteiligung schnitt die FDP überdurchschnittlich gut ab.

### Sonstige Parteien auch aus Protest gewählt

Unter den sonstigen Parteien findet sich eine Vielfalt kleiner Parteien, deren Positionen und Wählerschaft teilweise nicht unterschiedlicher sein könnten. Somit lässt sich nur schwer ein einheitliches Bild anhand der Zweitstimmen und der Sozialstruktur in den Gemeinden, Ämtern und kreisfreien Städten erkennen. Sonstige Parteien haben bei der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag zusammen einen Anteil von 6,3% errungen. Sie sind dort etwas stärker, wo wenige Christen leben und die Bevölkerungsdichte hoch ist. Indiz für eine Protestwahl könnte sein, dass sonstige Parteien in Wahlbezirken des Berliner Umlandes mit einer hohen SGB-II-Quote und niedriger Steuereinnahmekraft häufiger gewählt wurden als in prosperierenden Regionen.

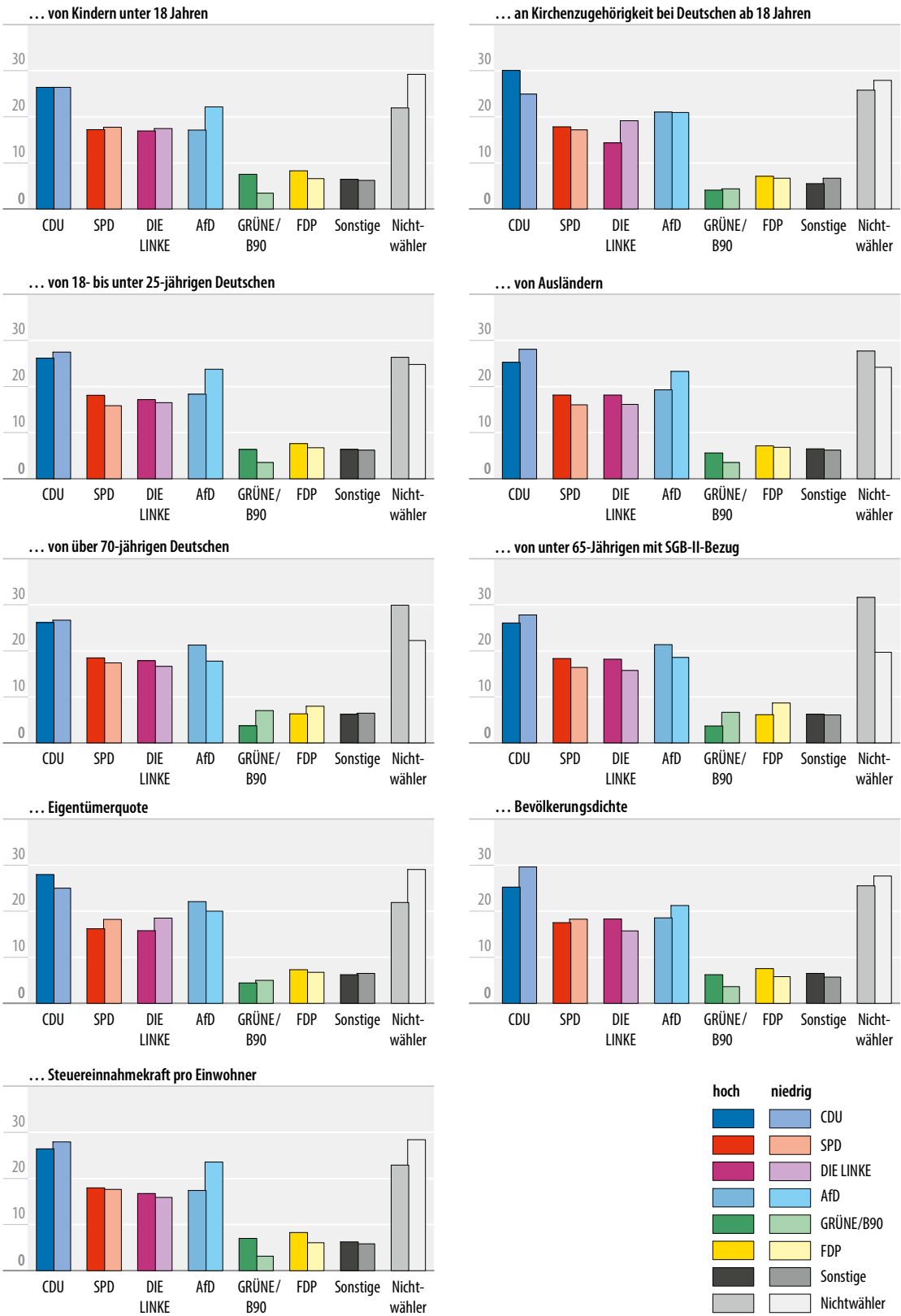
Sonstige Parteien waren besonders dort stark, wo die Anteile der CDU und SPD niedrig waren und der Anteil von DIE LINKE hoch ausfiel.

### Nichtwählerinnen und -wähler vorrangig in benachteiligten Gebieten

Die Wahlbeteiligung lag bei der Bundestagswahl 2017 bei 73,7% und damit um 5,3 Prozentpunkte höher als bei der Bundestagswahl 2013. Mehr als jeder vierte Wahlberechtigte gab keine Stimme ab.

Die Analyse des sozialen Umfelds zeigt ein klares Bild: Nichtwählerinnen und -wähler wohnen eher in benachteiligten Wahlregionen mit hoher SGB-II-Quote (31,6% Nichtwählerquote), wenigen Kindern (29,2%) und vielen Älteren (29,9%). Damit eng verbunden ist ein geringerer Anteil von Wohneigentum (29,1%). Dort wo die FDP und die CDU besonders schlecht abschnitten, war der Anteil der Nichtwählerinnen und -wähler besonders hoch. Auch in den Hochburgen der SPD und der Partei DIE LINKE wählten überdurchschnittlich viele Menschen nicht (30,9% bzw. 27,1%). Dieser Zusammenhang zeigte sich im weiteren Metropolenraum besonders deutlich.

**b** | Zweitstimmenanteile der Parteien und Nichtwähleranteil  
in Wahlgebieten mit hohen und niedrigen Anteilen ...



### Methodische Anmerkungen

Der Analyse liegen die Zweitstimmen der Parteien aus dem endgültigen Ergebnis der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag im Land Brandenburg am 24. September 2017 zugrunde. Für die Analyse wurden sowohl die Stimmenabgabe in den Wahllokalen als auch per Briefwahl berücksichtigt. Anhand der abgegebenen gültigen Stimmen wurden die Zweitstimmenanteile errechnet. Dagegen bezieht sich die gesonderte Betrachtung der Nichtwählerinnen und -wähler auf alle Wahlberechtigten.

Für die Untersuchung der Zusammenhänge mit der sozialen Lage und dem sozialen Umfeld der Wählerinnen und Wähler wurden die Briefwahlbezirke auf der Ebene der Ämter und amtsfreien Gemeinden zusammengefasst. Dies ist die unterste gemeinsame regionale Ebene, auf der Wahlergebnisse und Sozialindikatoren darstellbar sind. Jeweils die beiden Viertel mit den höchsten und niedrigsten Ausprägungen auf einem Sozialstrukturindikator wurden ausgewählt. Regionen mit mittleren Ausprägungen auf einem Indikator wurden nicht in die Analyse einbezogen. In den 25 % der Wahlregionen mit den höchsten Ausprägungen und in den 25 % der Regionen mit den niedrigsten Ausprägungen des Indikators wurden die Zweitstimmenanteile der Parteien berechnet und verglichen. In der gleichen Weise wurden die Zusammenhänge zwischen den Zweitstimmenanteilen der Parteien betrachtet, nur dass hier die Analyseebene die 382 Briefwahlbezirke Brandenburgs waren.

Die verwendeten Indikatoren charakterisieren das soziale Umfeld, in dem Wählerinnen und Wähler ihre Wahlentscheidung treffen. Sozialräumliche Zusammenhänge formen immer auch die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner und tragen damit zur politischen Meinungsbildung bei. Dementsprechend beeinflusst der regionale Bezugspunkt auch das Wählerverhalten. Direkte Aussagen über Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Merkmalen der Wählerinnen und Wähler und dem Wählerverhalten auf Individualebene sind damit nicht möglich. Vielmehr geht es um eine Analyse auf Aggregatebene. Um die vermuteten Parteipräferenzen in den verschiedenen Lebensaltern zu ermitteln, wurden drei Altersgruppen ausgewählt. Die erste Altersgruppe umfasst die Kinder unter 18 Jahren als ein Indikator für Familien mit ihren speziellen Bedürfnissen. Die zweite Altersgruppe schließt die jungen deutschen Erwachsenen zwischen 18 und unter 25 Jahren mit ein. Hierin enthalten sind unter anderen auch potenzielle Erstwählerinnen und -wähler. Die dritte Altersgruppe wird von den Deutschen im höheren Rentenalter ab 70 Jahren gebildet. Die entsprechenden Kennzahlen sind einfache Quoten der Altersgruppe bezogen auf die Bevölkerung.

Da religiöse Überzeugungen Wahlentscheidungen beeinflussen können, wurde die Konfessionszugehörigkeit zur evangelischen oder römisch-katholischen Kirche in die Untersuchung einbezogen.

Der Ausländeranteil in einem Wahlgebiet kennzeichnet die Zusammensetzung der Wohnbevölkerung und umfasst alle Bewohnerinnen und Bewohner, die nicht die deutsche Staatsbürgerschaft besitzen. Der Bezug von Leistungen nach SGB II („Hartz IV“) beschreibt die Abhängigkeit von Transferleistungen bei Personen unter 65 Jahren. Typische Ursache für diesen Leistungsbezug ist Arbeitslosigkeit, die bereits länger als ein Jahr andauert. Jedoch auch kurzzeitig Arbeitslose, Hochschulabsolventinnen und -absolventen, Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie Selbstständige, deren anderweitiges Einkommen zu gering ist, haben Anspruch auf ergänzende Leistungen nach SGB II. Ausschlaggebend für den Anspruch ist die finanzielle Lage des gesamten Haushaltes (Bedarfsgemeinschaft). In Bedarfsgemeinschaften leben zum Teil Personen, die für sich selbst genügend Einkommen erzielen, jedoch nicht genug für die betreffende Haushaltszusammensetzung. Insofern ist die Zugehörigkeit zu einer Bedarfsgemeinschaft per Definition ein Indikator relativer Einkommensarmut. Die SGB-II-Quote ist der Statistik der Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB-II-Statistik) der Bundesagentur für Arbeit entnommen und bildet den Anteil der melderechtlich registrierten Einwohnerinnen und Einwohner unter 65 Jahren in SGB-II-Bedarfsgemeinschaften zum 31. Dezember 2016 ab. Die Eigentümerquote und die Bevölkerungsdichte weisen auf die Siedlungsstruktur einer Region hin. Um wirtschaftlich prosperierende Gebiete von wirtschaftlich benachteiligten abgrenzen zu können, wurde die Steuereinnahmekraft pro Einwohner hinzugezogen. Die Datenquellen der vorab genannten Indikatoren sind die Bevölkerungsstatistik, die Steuerstatistik und der Zensus des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg zum jeweils letzten verfügbaren Berichtsjahr.

**Dorett Jenkel** ist Referentin im Referat *Zensus* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.  
**Ricarda Nauenburg** ist Leiterin des Referates *Mikrozensus, Sozialberichte* des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

Volksentscheid über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) 2017

## ▣ Abstimmungsverhalten und soziales Umfeld

– eine Aggregatdatenanalyse

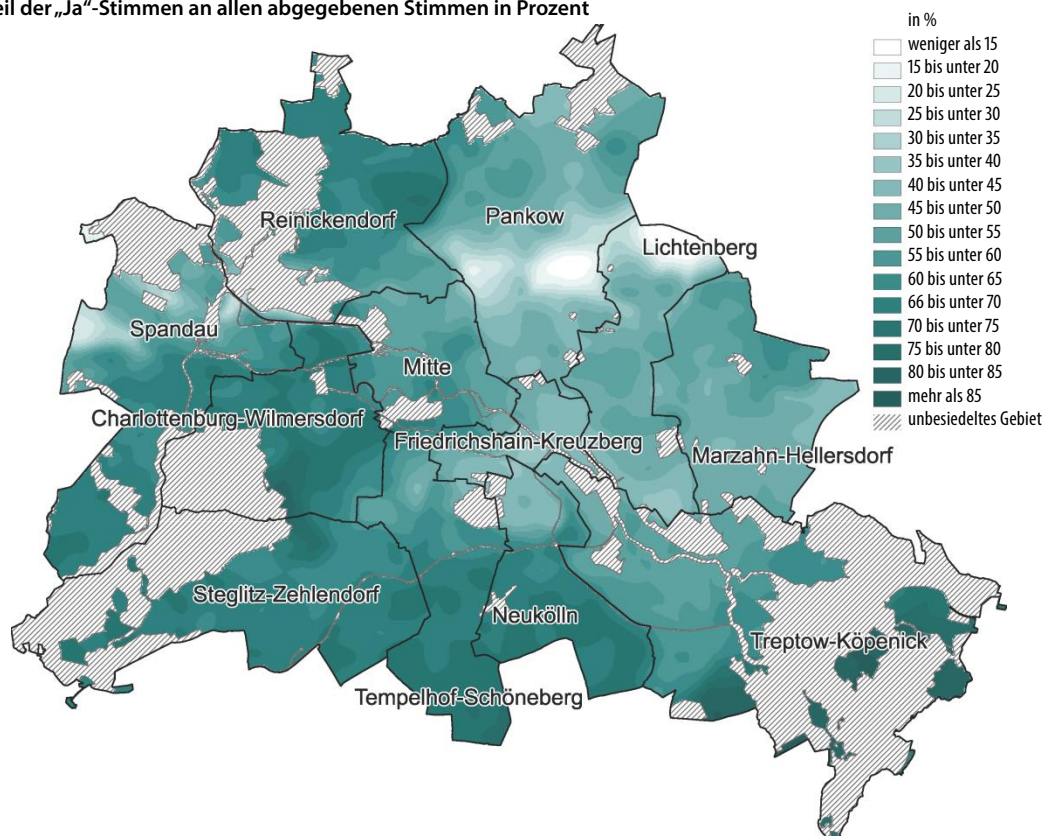
von Iris Hoßmann-Büttner

Beim Volksentscheid über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ 2017 sprach sich mit 56,4 % die Mehrheit der Berlinerinnen und Berliner für einen Weiterbetrieb des Flughafens aus. Während die rot-rot-grüne Koalition ihr Ziel der Schließung verfehlte, konnte die FDP in ihren Hochburgen 67,5 % der Stimmberechtigten überzeugen. In drei von zwölf Bezirken positionierten sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer mit einem „Nein“ gegen den Erhalt. Darunter fanden sich vorrangig Wahlgebiete in der Einfugschneise des Flughafens: Mit weniger als 20 % Zustimmung zum Volksentscheid machten die Stimmberechtigten ihren Unmut über die Situation deutlich.

Die Berlinerinnen und Berliner haben abgestimmt: Der Flughafen Berlin-Tegel soll bestehen bleiben. Am 24. September 2017 fand in Berlin, zeitgleich mit der Wahl zum Deutschen Bundestag, ein Volksentscheid über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) statt. Zu dem Volksentscheid war es gekommen, da beim vorausgegangenen Volksbegehren 204 263 Stimmberechtigte eine gültige Unterschrift geleistet hatten, mehr als die erforderliche Anzahl von 174 251 Zustimmungserklä-

rungen (7 % der Stimmberechtigten). Abgestimmt wurde über den folgenden Beschlussentwurf der Trägerin des Volksbegehrens („Berlin braucht Tegel“): „Der Flughafen Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ ergänzt und entlastet den geplanten Flughafen Berlin Brandenburg „Willy Brandt“ (BER). Der Berliner Senat wird aufgefordert, sofort die Schließungsabsichten aufzugeben und alle Maßnahmen einzuleiten, die erforderlich sind, um den unbefristeten Fortbetrieb des Flughafens Tegel als Verkehrsflughafen zu sichern!“

a | Anteil der „Ja“-Stimmen an allen abgegebenen Stimmen in Prozent



Die Abstimmungsfrage konnte mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden.

Der Beschlussentwurf ist durch Volksentscheid angenommen, wenn die Mehrheit der Teilnehmerinnen und Teilnehmer und zugleich mindestens 25 % der zum Abgeordnetenhaus von Berlin Wahlberechtigten zustimmt.

Es waren 2,48 Millionen Berlinerinnen und Berliner stimmberechtigt, von denen sich 1,76 Millionen (71,0 %) per Brief oder im Wahllokal an der Abstimmung beteiligten. Mit „Ja“ stimmten 994 916 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und erreichten damit die notwendige Mehrheit von 56,4 %. Beide Bedingungen wurden für den Beschlussentwurf erfüllt, so dass der Volksentscheid per Abstimmung angenommen wurde.

### Regionale Aspekte

Die regionale Betrachtung zeigt ein deutlich unterschiedliches Abstimmungsverhalten. Drei von zwölf Bezirken stimmten mit einem „Nein“ gegen den Volksentscheid. Darunter befanden sich die von der Einflugschneise betroffenen Bezirke Pankow und Lichtenberg sowie Friedrichshain-Kreuzberg, die mit jeweils knapp über 50 % gegen den Beschlussentwurf und somit für eine Schließung des Flughafens votierten. Ein deutlich klareres Urteil fällten die Bezirke Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf mit jeweils über 66 % „Ja“-Stimmen.

Die Kerndichtekarte (Abbildung a) ermöglicht die Abstimmungsergebnisse losgelöst von Verwaltungsgrenzen, wie den Bezirken oder den Wahlgebieten, zu betrachten. Ein differenzierter Blick lohnt sich gerade in größeren Wahlgebieten, in denen es teilweise zu stark variierenden Ergebnissen kommen kann. Zur besseren Lesbarkeit der Karte sind die ursprünglich stetigen (fließenden) Farbwerte in zwölf Kategorien zusammengefasst. So entsteht eine Darstellungsform, welche ähnlich den Höhenlinien in Gebirgs- oder Wetterkarten zu interpretieren ist. Unbesiedelte Regionen wie der Müggelsee und das

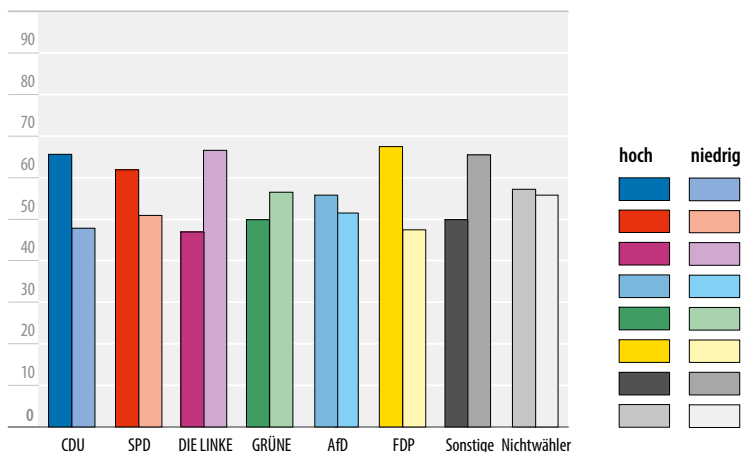
ehemalige Flughafengelände Tempelhof wurden nicht in der Karte berücksichtigt und sind ausschraffiert.

Deutlich sichtbar ist die Einflugschneise von und zum Flughafen Tegel. In Gebieten wie Hohenschönhausen, Wartenberg, Pankow oder Staaken hatten weniger als 20 % der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für den Beschlussentwurf gestimmt. Einige Regionen in Charlottenburg sowie die Mehrheit der Regionen, die unmittelbar von dem Ausbau des Flughafens Berlin-Brandenburg betroffen sein dürften (wie Lichtenrade, Bohnsdorf, Rahnsdorf oder Müggelheim) votierten mit mehr als 85 % „Ja“-Stimmen.

### Aggregatdatenanalyse

Betrachtet wurde der Zusammenhang zwischen dem Abstimmungsverhalten zu dem Volksentscheid über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) und den Parteien CDU, SPD, DIE LINKE, GRÜNE, FDP, AfD und den sonstigen Parteien, die an der Wahl zum 19. Deutschen Bundestag am 24. September 2017 teilgenommen hatten sowie den Nichtwählerinnen und -wählern. Gleichzeitig wurde das Abstimmungsverhalten hinsichtlich verschiedener Strukturindikatoren untersucht. Die Analyse bezieht sich dabei nicht auf das Abstimmungsverhalten einer einzelnen Person oder Gruppe, sondern das einer Wahlregion. Diese wird als Sozialraum angesehen, welcher die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner formt und somit zur Meinungsbildung beiträgt. Für die Aggregatdatenanalyse wurden sowohl die Ergebnisse in den Wahllokalen als auch die Briefwahlergebnisse in den 660 Berliner Briefwahlbezirken berücksichtigt. Anhand eines Rankings wurden in den 25 % der Briefwahlbezirke mit den höchsten Ausprägungen (hoch) und in den 25 % der Briefwahlbezirke mit den niedrigsten Ausprägungen (niedrig) des jeweiligen Indikators bzw. der jeweiligen Partei die Anteile der „Ja“- und „Nein“-Stimmen berechnet und verglichen.

**b | Anteil der „Ja“-Stimmen in Wahlgebieten mit den höchsten und niedrigsten Ausprägungen der jeweiligen Partei**



### Kein „Nein“ zum Flughafen Tegel in den Hochburgen der SPD

Parteien wie die SPD und die GRÜNEN verfehlten ihr Ziel, in ihren Hochburgen genügend Berlinerinnen und Berlin für ein „Nein“ zum Volksentscheid zu überzeugen. So stimmten 61,9 % aller Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den Hochburgen der SPD für den Erhalt des Flughafens Tegel. Der Beschlussentwurf der Trägerin des Volksentscheides konnte dort überdurchschnittlich viele „Ja“-Stimmen erlangen, wo die FDP und die CDU ein großes Wählerumfeld hatten. Mit 67,5 % bzw. 65,6 % lagen diese Wahlregionen deutlich über den Zustimmungswert von 56,4 % für Gesamtberlin. DIE LINKE schaffte es als einzige Partei, mit 50,9 % in ihren Hochburgen die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für ein „Nein“ zu mobilisieren (Abbildung b).

### Wohnlage beeinflusst das Abstimmungsverhalten stärker als das soziale Umfeld

Weniger deutliche Abstimmungstendenzen zeigten sich unter den Strukturindikatoren. Einzig in Wahlregionen mit hoher Kirchengliederung und einem großen Anteil an Abstimmungsberechtigten über

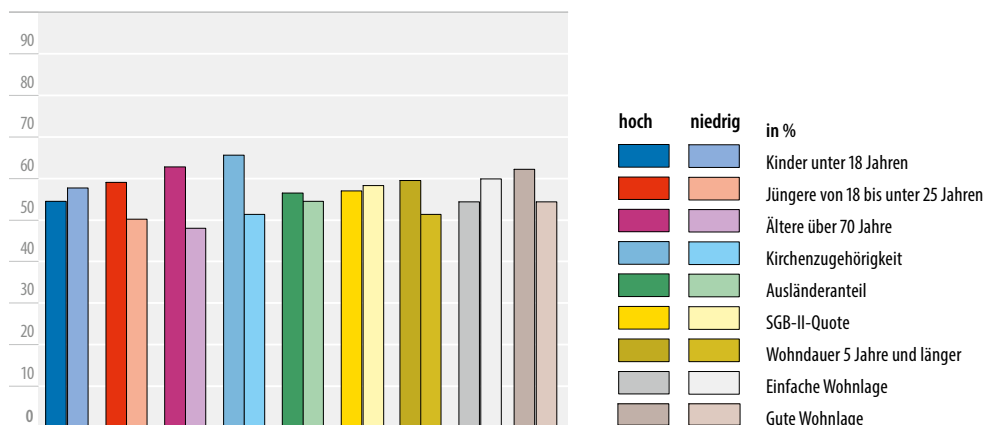
70 Jahren in dazu noch guter Wohnlage fand sich eine deutliche Mehrheit an Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich mit über 62 % für den Weiterbetrieb des Flughafens sich aussprach (Abbildung c).

Zu den Befürwortern des Beschlussentwurfs über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel gehören viele ältere Bürgerinnen und Bürger in Charlottenburg und in den Regionen nahe des Flughafens Berlin-Brandenburg. Die Gegner der Offenhaltung hingegen sind weder partei- noch sozialstruktur-spezifisch zu identifizieren. Ihr Hauptmerkmal ist die Lage in der Einflugschneise des Flughafens.

Der Volksentscheid über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) hat in allen Wahlgebieten Berlins und über alle Parteien hinweg die Berlinerinnen und Berliner zur Abstimmung bewegt. Eine Abstimmungsbeteiligung von 71,0 % wurde auch dank der gleichzeitig stattfindenden Wahl zum Deutschen Bundestag erreicht.

**Iris Hoßmann-Büttner** ist Sachbearbeiterin im Referat Bildung, Bildungsanalysen, Gesundheitswesen des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg.

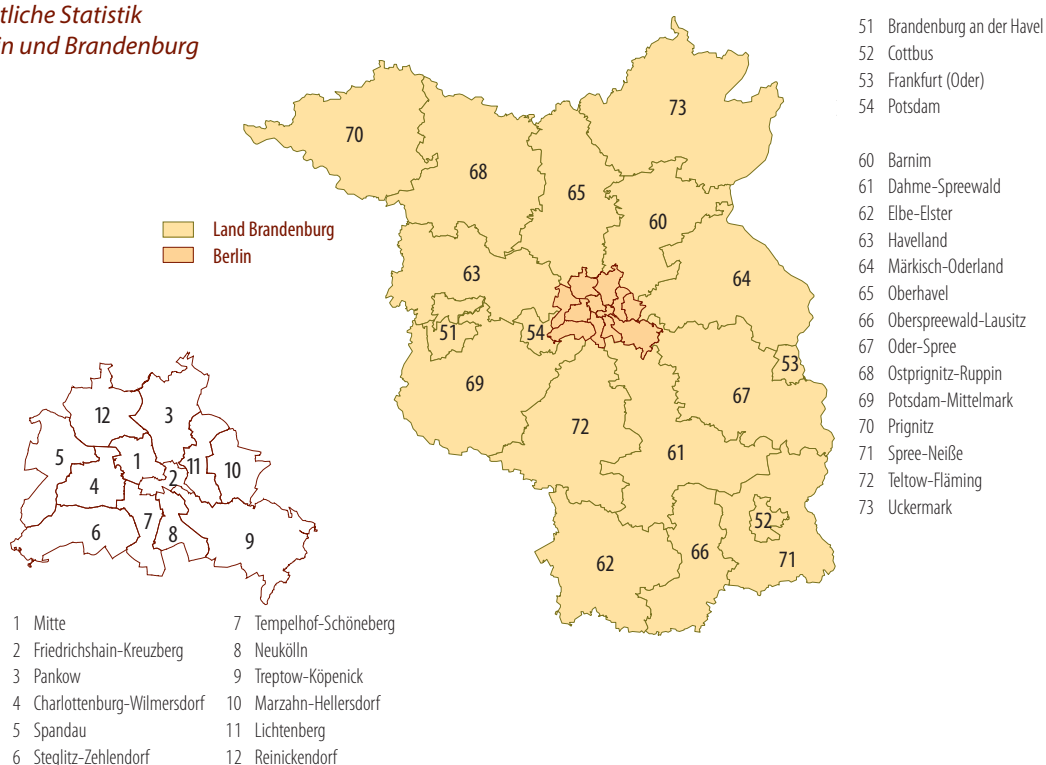
**c | Anteil der „Ja“-Stimmen in Wahlgebieten mit den höchsten und niedrigsten Ausprägungen der jeweiligen Strukturindikatoren**



Detaillierte Ergebnisse des Volksentscheids über den Weiterbetrieb des Flughafens Berlin-Tegel „Otto-Lilienthal“ (TXL) finden Sie unter: [www.wahlen-berlin.de](http://www.wahlen-berlin.de)

- | Wir berichten fachlich unabhängig, neutral und objektiv über die Ergebnisse der amtlichen Statistik.
- | Wir haben den gesetzlichen Auftrag zur Datenerhebung mit der Möglichkeit zur Auskunftspflicht.
- | Wir garantieren die Einhaltung des Datenschutzes.
- | Wir wenden adäquate statistische Methoden und Verfahren an und erhöhen kontinuierlich das erreichte Qualitätsniveau.
- | Wir gewährleisten regionale und zeitliche Vergleichbarkeit unserer Statistiken durch überregionale Kooperation.
- | Wir ermöglichen jedermann Zugang zu statistischen Ergebnissen.

*Wir sind der führende Informationsdienstleister für amtliche Statistik in Berlin und Brandenburg*



Unter

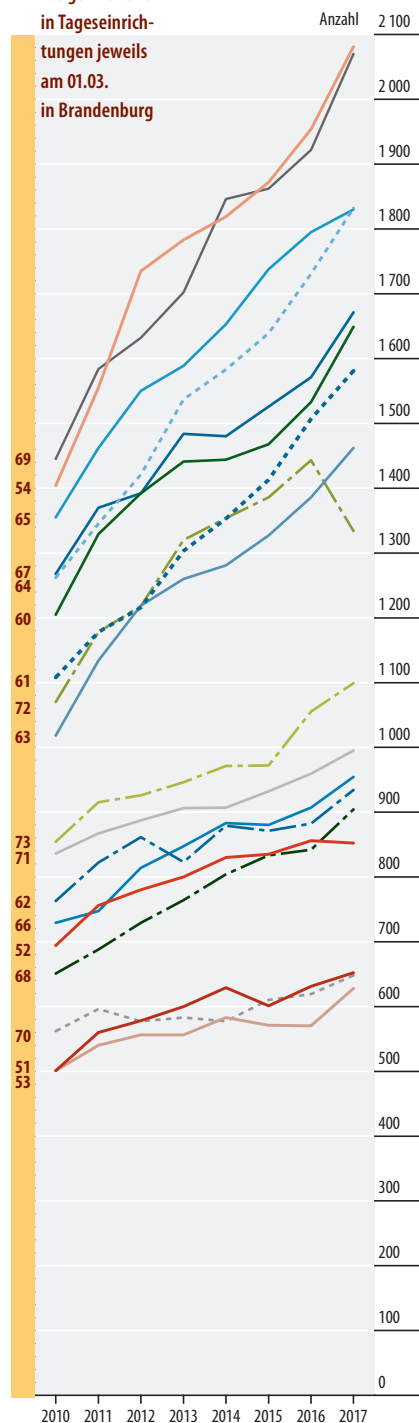
**[www.statistik-berlin-brandenburg.de](http://www.statistik-berlin-brandenburg.de)**

finden Sie einen Überblick über das gesamte Leistungsspektrum des Amtes mit aktuellen Daten, Pressemitteilungen, Statistischen Berichten, regionalstatistischen Informationen, Wahlstatistiken und -analysen.

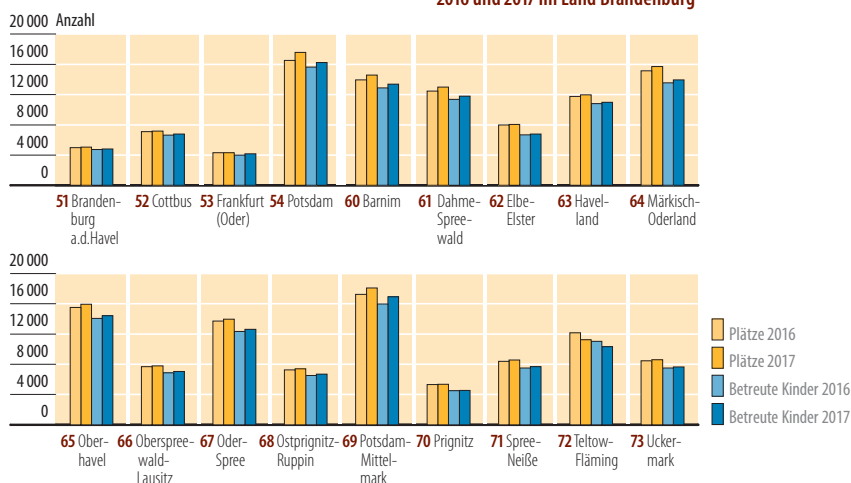
## Kinderbetreuung in Tageseinrichtungen im Land Brandenburg

In den Jahren 2010 bis 2017 ist die Anzahl der Kitaplätze im Land Brandenburg um 17,5 % gestiegen. Die Anzahl der betreuten Kinder nahm im gleichen Zeitraum um 19,5 %, das Personal um 34,5 % zu. Den größten Zuwachs bei den Plätzen, betreuten Kindern und beim Personal gab es in der Landeshauptstadt Potsdam.

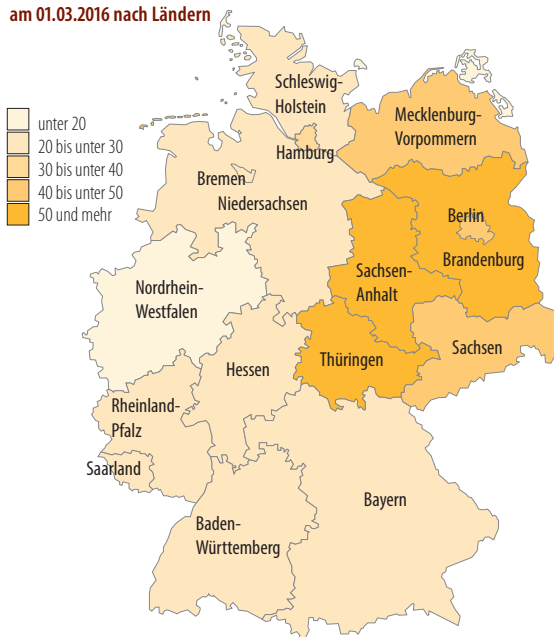
### Tätiges Personal in Tageseinrichtungen jeweils am 01.03. in Brandenburg



### Plätze und betreute Kinder in Tageseinrichtungen 2016 und 2017 im Land Brandenburg



### Betreuungsquoten für Kinder unter 3 Jahren in Tageseinrichtungen am 01.03.2016 nach Ländern



Die höchste Betreuungsquote für Kinder unter 3 Jahren verzeichnete 2016 Sachsen-Anhalt mit 55,7 %, gefolgt von Brandenburg mit 50,5 % und Thüringen mit 50,1 %. Unter den westdeutschen Flächenländern hatten Rheinland-Pfalz mit 28,0 % und das Saarland mit 26,5 % die höchsten Betreuungsquoten. Die bundesweit niedrigste Betreuungsquote gab es im März 2016 in Nordrhein-Westfalen mit 18,2 %. Wie schon in den Vorjahren lag die Betreuungsquote der unter 3-Jährigen in den ostdeutschen Bundesländern deutlich über denen der westlichen Länder.

