

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

3.1. Ausgewählte Schwerpunkte

3.1.1 Ausgewählte Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung der Berlinerinnen und Berliner im erwerbsfähigen Alter

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Berliner Bevölkerung wird mit Hilfe ausgewählter Daten in den nachfolgenden Ausführungen ein geschlechtersensibler Fokus auf die in Berlin lebenden Frauen und Männer im erwerbsfähigen Alter gerichtet.

Datengrundlage für die Analyse sind vor allem die regelmäßig zur Verfügung stehenden amtlichen Statistiken: Bevölkerungs-, Todesursachen- und Krankenhausdiagnosestatistik, Statistik der meldepflichtigen Krankheiten, Schwerbehinderten- und Pflegestatistiken, Daten der Deutschen Rentenversicherung. Unzureichend sind Informationen über die ambulante ärztliche Versorgung und deren Inanspruchnahme. Bei den derzeit verfügbaren (KV-)Daten handelt es sich um medizinisch abrechnungsrelevante Behandlungsdiagnosen (Behandlungsanlässe), deren primärer Zweck nicht die bevölkerungsbezogene Deskription des ambulanten Morbiditätsgeschehens ist.

Trotz der noch nicht in allen Bereichen ausreichenden Datenlage zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage von Berlinerinnen und Berlinern im erwerbsfähigen Alter liefert das zur Verfügung stehende Datenmaterial wertvolle Informationen zur subjektiven und stationären Morbidität, zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen, Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit, zur Schwerbehindertenprävalenz, zur Pflegebedürftigkeit sowie zu den wichtigsten, bei den 15- bis 64-Jährigen auftretenden Krankheiten und die Gesundheit beeinflussenden Ereignissen (z. B. Unfälle). Bezogen auf das Sterbegeschehen liegt der Fokus hauptsächlich auf der allgemeinen vorzeitigen Sterblichkeit unter besonderer Berücksichtigung der vermeidbaren und nichtnatürlichen Todesfälle.

3.1.1.1 Allgemeine Mortalität und abgeleitete Indikatoren

Lebenserwartung

Bei der Beschreibung der Lebenserwartung wird zwischen der durchschnittlichen Lebenserwartung bei der Geburt und der ferneren Lebenserwartung unterschieden.

Die *durchschnittliche (oder mittlere) Lebenserwartung* wird definiert als die Jahre, die ein neugeborenes Kind unter Annahme der gegenwärtigen Sterblichkeitsverhältnisse im Schnitt leben würde.

Die *fernere Lebenserwartung* beschreibt, mit wie vielen Lebensjahren eine Person (z. B. eine 60-jährige Frau) im Durchschnitt gesehen noch zu rechnen hat. Die Summe aus dem erreichten Alter und fernerer Lebenserwartung liegt dabei immer höher als die durchschnittliche Lebenserwartung bei der Geburt, da die Risiken, früh zu sterben, eliminiert sind.

Die Lebenserwartung wird von verschiedenen Einflussgrößen determiniert: So ist sie beispielsweise von genetischen und Umweltfaktoren ebenso abhängig wie von der sozialen Lage. Eine wichtige Rolle spielen außerdem das individuelle Gesundheitsverhalten sowie der Stand der medizinischen Versorgung und deren Zugangsmöglichkeiten in der jeweiligen Region.

Die *Lebenserwartung* bei Geburt hat sich hierzulande stetig erhöht. Bezogen auf Berlin lag nach den Berechnungen der aktuellen Sterbetafel (Periode 2006/2008) die durchschnittliche Lebenserwartung der Berline-

Lebenserwartung
in Berlin
unter Bundesniveau

rinnen bei 82,0 und die der Berliner Männer bei 76,9 Jahren. Trotz einer *kontinuierlichen Zunahme an Lebenserwartung* lag diese sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in Berlin immer noch unter dem Bundesdurchschnitt (Frauen: minus 0,4 / Männer: minus 0,3 Jahre). Berlin belegte in diesem Zeitraum im Ländervergleich bei beiden Geschlechtern einen mittleren Rangplatz. Mit der bundesweit höchsten Lebenserwartung können, bezogen auf das weibliche Geschlecht, seit vielen Jahren Frauen aus Baden-Württemberg rechnen. Im Zeitraum 2006/2008 betrug sie beispielsweise 83,3 Jahre und lag damit 1,3 Jahre über dem Berliner Wert. Die bundesweit zweithöchste durchschnittliche Lebenserwartung hatten Frauen aus Sachsen und Bayern (je 82,7 Jahre). Demgegenüber wurde für Frauen aus dem Saarland (81,1), gefolgt von Frauen aus Sachsen-Anhalt (81,4) und aus Mecklenburg-Vorpommern (81,8 Jahre) die bundesweit am niedrigsten liegende Lebenserwartung ermittelt. Wie bei den Frauen konnten auch die Baden-Württemberger Männer mit 78,6 Jahren (1,7 Jahre über dem Berliner Wert) mit der höchsten mittleren Lebenserwartung in Deutschland rechnen. Der zweithöchste Wert wurde in Hessen und Bayern (je 77,7 Jahre) beobachtet. Dagegen hatten männliche Personen aus Sachsen-Anhalt (75,1), Mecklenburg-Vorpommern (75,1) und dem Saarland (75,8 Jahre) die im Bundesländervergleich niedrigste Lebenserwartung (vgl. Abbildung 3.1 und Tabelle 3.2.11).

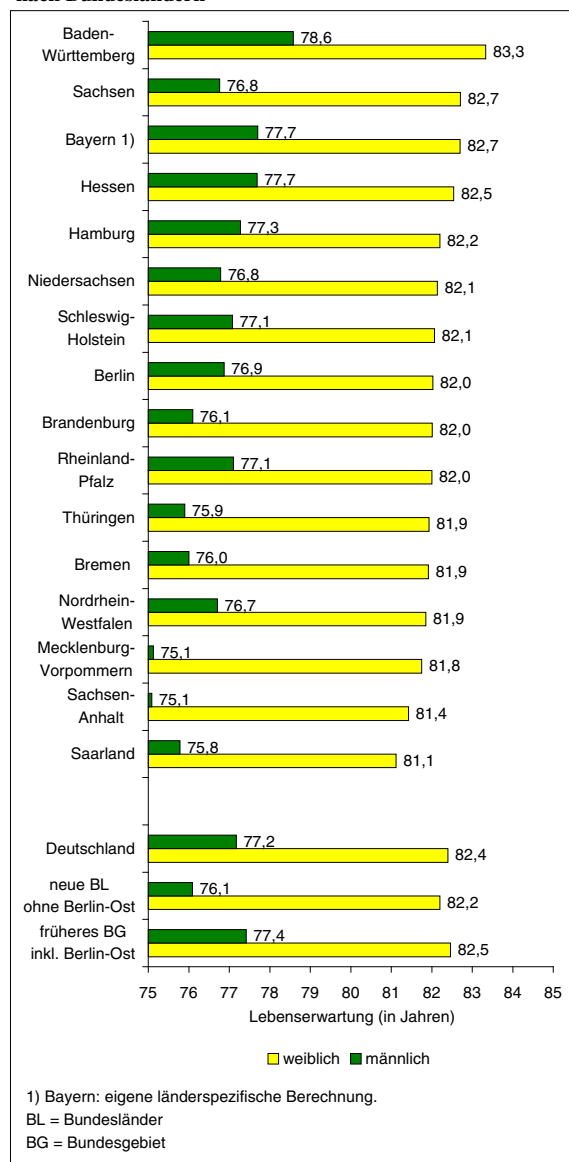
Frauen leben im Durchschnitt mehr als fünf Jahre länger als Männer

Seit Anfang der neunziger Jahre kam es bei den Berlinerinnen zu einem Zuzug an Lebenserwartung um knapp vier Jahre (z. B. seit 1992/1994 von 78,2 auf 82,0 Jahre im Zeitraum 2006/2008).

Berliner Männer profitierten noch stärker als Frauen von dem Anstieg der Lebenserwartung, bei ihnen erhöhte sich sie von 1992/1994 (71,6 Jahre) bis 2006/2008 (76,9 Jahre) um immerhin 5,3 Jahre. Trotz einer stetigen Verringerung der geschlechtsspezifischen Unterschiede können Berlinerinnen gegenüber Berliner Männern aber nach wie vor mit einer, im Durchschnitt gesehen, um über fünf Jahre längeren Lebensdauer rechnen (vgl. Abbildung 3.2).

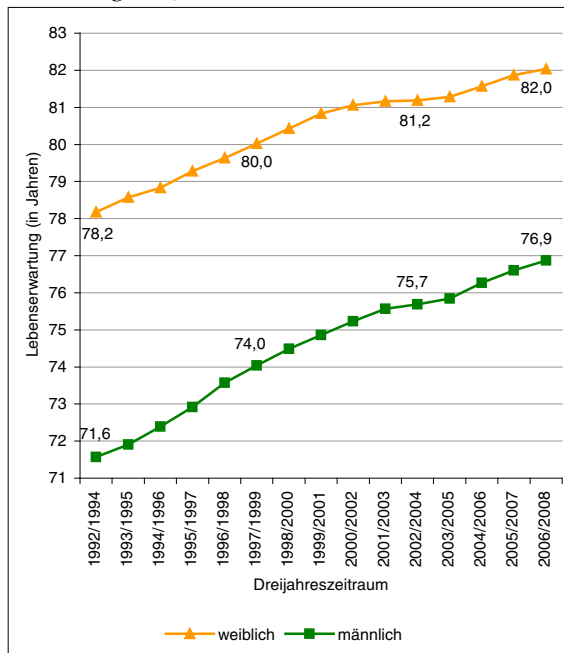
Für die *geschlechtsspezifischen Unterschiede* werden verschiedene Gründe (z. B. genetische und biologische) verantwortlich gemacht. Bei Betrachtung der altersspezifischen Mortalität fällt in nahezu allen Altersgruppen eine höhere Sterblichkeit der Männer auf. Deren Mortalitätsraten liegen sowohl bei der Säuglingssterblichkeit als auch bei der vorzeitigen und Alterssterblichkeit zum Teil erheblich über der der Frauen. Dabei weisen Männer hinsichtlich des Todesursachenspektrums bei den meisten gesundheitsrelevanten Todesursachen größere individuelle Risiken auf. Dies schlägt sich besonders auf das Unfall- und Suizidgeschehen sowie auf eine erhöhte Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems nieder. Aufgrund von gesundheitsschä-

Abbildung 3.1:
Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Deutschland 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Bundesländern



(Datenquelle : StBA / Berechnung: jeweiliges Statistisches Landesamt / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.2:
Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 1992 - 2008 (jeweils drei Jahre zusammengefasst)



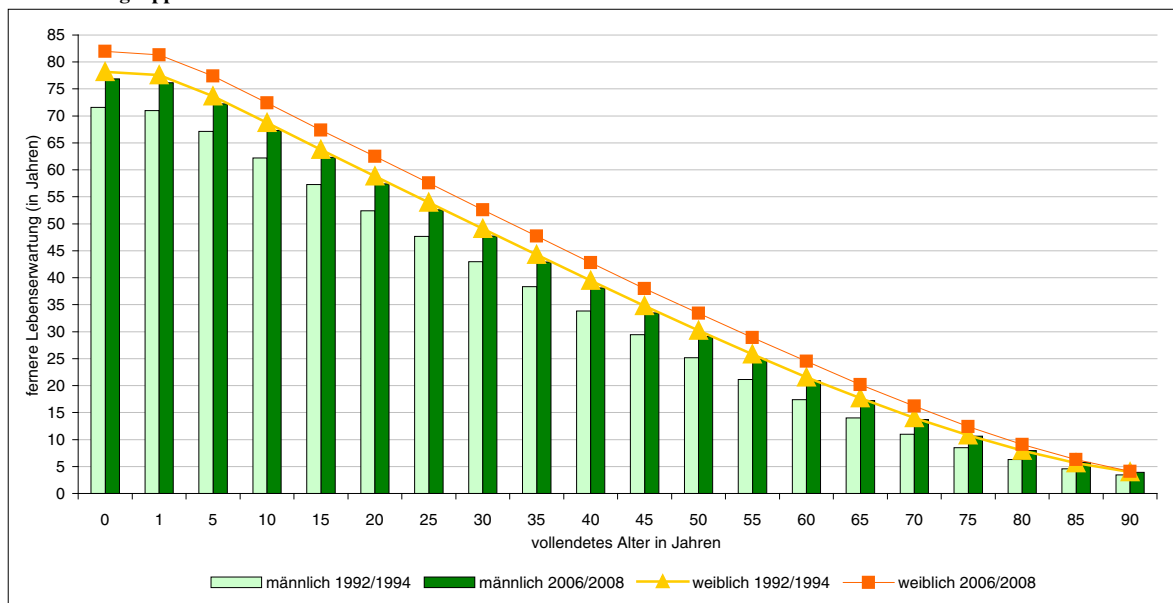
(Datenquelle und Berechnung : AfS Berlin-Brandenburg / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

digendem Verhalten haben Männer gegenüber Frauen z. B. auch ein deutlich höheres Risiko, an alkohol-, drogen- und nikotinassoziierten Krankheiten zu sterben.

Nicht nur die mittlere, auch die *fernere Lebenserwartung* ist stetig gestiegen. Letztgenannte nahm in allen betrachteten Altersgruppen kontinuierlich zu. Legt man die Berechnungen der aktuellen Sterbetafel (2006/2008) für Berlin zugrunde, haben z. B. 40-jährige Frauen noch eine fernere Lebenserwartung von ca. 43 Jahren vor sich, gleichaltrige Männer können im Durchschnitt gesehen mit einer verbleibenden Lebenserwartung von 38 Jahren rechnen. Eine 60-jährige Berlinerin hat noch 25 und ein 60-jähriger Berliner 21 Lebensjahre vor sich. Bezüglich der hochbetagten Personen können z. B. 80-jährige Berlinerinnen im Durchschnitt immerhin noch mit neun und gleichaltrige Männer mit acht verbleibenden Lebensjahren rechnen (vgl. Abbildung 3.3 und Tabelle 3.2.10).

Innerhalb der *Berliner Bezirke* unterliegt die durchschnittliche Lebenserwartung einer

Abbildung 3.3:
Geschlechtsspezifische (fernere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 1992/1994 und 2006/2008 (jeweils zusammengefasst) nach Altersgruppen



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

Schwankungsbreite von 3,0 Jahren bei den Frauen und 4,2 Jahren bei den Männern im Zeitraum 2006/2008. So hatten Frauen aus Treptow-Köpenick mit 83,6 Jahren die berlinweit höchste Lebenserwartung, fast drei Jahre mehr als Frauen aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, die mit 80,6 Jahren im Bezirksvergleich die niedrigste Lebenserwartung hatten. Bezogen auf das männliche

Geschlecht wurde für Friedrichshain-Kreuzberg ebenfalls die niedrigste Lebenserwartung (74,9 Jahre) von allen Berliner Bezirken errechnet. Damit hatten Männer aus diesem Bezirk gegenüber Männern aus Steglitz-Zehlendorf, deren mittlere Lebenserwartung sich auf 79,1 Jahre und somit auf den berlinweit höchsten Wert bezifferte, eine um über vier Jahre geringere Lebenserwartung.

Lebenserwartung
in Bezirken mit
schlechter sozialer
Lage am niedrigsten

Auch diese neuesten Berliner Berechnungen der durchschnittlichen Lebenserwartung bestätigen den *Zusammenhang von Lebenserwartung und sozialer Lage* der Bevölkerung. Das bedeutet u. a., dass ein niedriger Sozial- und Statusindex fast immer mit einer niedrigeren Lebenserwartung einhergeht. Und das gilt für beide Geschlechter gleichermaßen. So haben

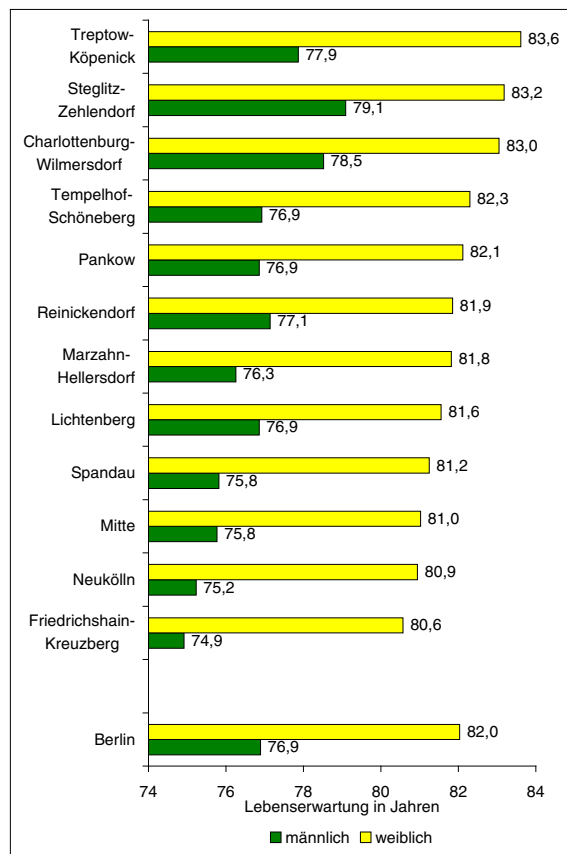
dann auch Frauen und Männer aus Bezirken mit den berlinweit schlechtesten sozialen Bedingungen wie Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln und Mitte die niedrigste Lebenserwartung. Versus war das in Bezirken mit den günstigsten sozialstrukturellen Verhältnissen wie etwa in Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf und Treptow-Köpenick der Fall. In diesen Bezirken lebende Frauen und Männer können seit vielen Jahren mit der höchsten Lebenserwartung aller Berliner Bezirke rechnen (Werte können Abbildung 3.4 und Tabelle 3.2.11 a entnommen werden).

Gesamtsterblichkeit

Im Jahr 2008 starben in Berlin 31.911 Personen (17.369 weiblichen und 14.542 männlichen Geschlechts). Bei den Frauen entsprach das einer *altersstandardisierten Mortalitätsrate* von 483 Gestorbenen je 100.000; die der Männer bezifferte sich auf 715 je 100.000. Bei den Männern wurde 2008 die bis dahin niedrigste Sterbeziffer ermittelt. Aber auch bei den Frauen war das nach 2007 der bislang zweitniedrigste Wert (vgl. Tabelle 3.2.1). Hinsichtlich der zeitlichen Entwicklung ging die Gesamtsterblichkeit der Berlinerinnen von 1991 bis 1999 um 22 % und die der Berliner Männer um 23 % zurück. Von 2000 bis 2008 kam es bei den Frauen zu einem weiteren Rückgang der Mortalitätsrate um 10 %. Männer profitierten in dieser Zeit mit einem Rückgang der Sterberate um 20 % deutlich stärker als Frauen von der weiteren Reduktion der Gesamtsterblichkeit. Seit 2007 liegen die Werte bei den Berlinern zudem auch unter dem Bundesniveau. Bei den Frauen lag die Sterblichkeit dagegen noch leicht über dem Bundesdurchschnitt (vgl. Abbildung 3.5 und Tabelle 3.2.1).

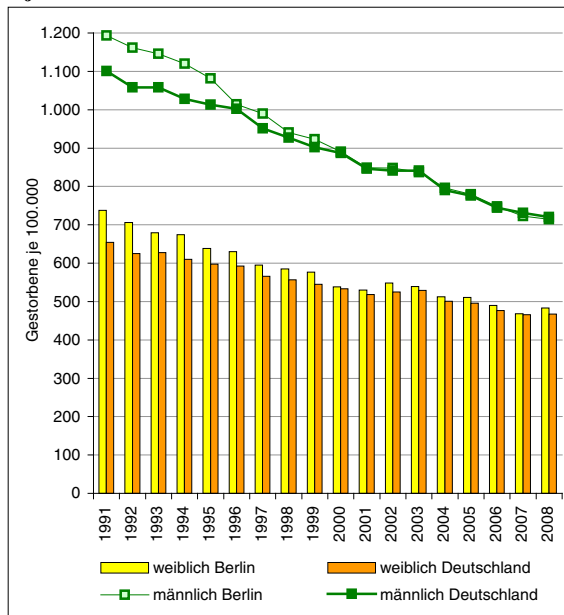
Der *Staatsangehörigkeit* nach waren 30.949 der im Jahr 2008 gestorbenen Berliner Personen Deutsche (16.992 Frauen und 13.957 Männer). Die Zahl der gestorbenen Ausländer belief sich auf 377 Frauen und 585 Männer. Insgesamt gesehen lag der Anteil der gestorbenen ausländischen Männer an allen gestorbenen Berliner Männern bei 4 % und der der gestorbenen Ausländerinnen an allen im Jahr 2008 verstorbenen Berlinerinnen bei gerade einmal zwei Prozent. Die meisten gestorbenen ausländischen Personen hatten ihren Wohnsitz im ehemaligen Westteil (ohne ehemals Tiergarten und Kreuzberg) der Stadt. Nicht einmal jeder zehnte Gestorbene (insgesamt 90 Todesfälle bzw.

Abbildung 3.4:
Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach Bezirken



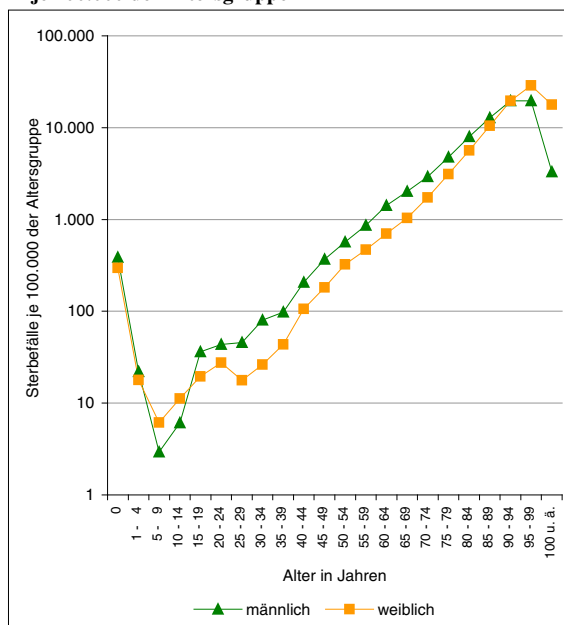
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.5:
Geschlechtsspezifische Mortalität (alle Altersgruppen) in
Berlin und in Deutschland 1991 - 2008
- je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

Abbildung 3.6:
Geschlechtsspezifische Mortalität (alle Altersgruppen) in
Berlin 2008 nach Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe



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

9 %) lebte in den ehemaligen östlichen Bezirken Pankow, Treptow-Köpenick, Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg (ohne ehemals Mitte und Friedrichshain).

Mit einer altersstandardisierten Rate von 748 Gestorbenen je 100.000 verzeichneten deutsche Männer im Jahr

Sterberate der ausländischen Bevölkerung liegt nach wie vor weit unter der der deutschen

2008 die bis dahin niedrigste Sterblichkeit. Das war auch bei den ausländischen Männern der Fall (319 je 100.000). Bei den deutschen Frauen wurde mit 495 je 100.000 der nach 2007 zweitniedrigste Wert beobachtet. Demgegenüber lag die Sterblichkeit der Ausländerinnen mit 231 Gestorbenen je 100.000 auf Vorjahresniveau (vgl. Tabelle 3.2.3). Bis auf die Säuglings- und Kindersterblichkeit hatten in Berlin in allen anderen Altersgruppen Ausländerinnen und Ausländer gegenüber deutschen Frauen und Männern erheblich niedriger liegende Werte (vgl. Tabelle 3.2.6).

Hinsichtlich der alters- und geschlechtsspezifischen Sterberaten haben Männer gegenüber Frauen nach wie vor ein höheres Sterberisiko. Bis auf die Gruppe der 5- bis 14-Jährigen und dann wieder bei den über 90-Jährigen traf das auf alle anderen Altersgruppen zu. Besonders deutlich waren die geschlechtsspezifischen Unterschiede im jüngeren Erwachsenen- und im mittleren Lebensalter. Im Jahr 2008 hatten z. B. 25- bis 49-jährige Berliner (1.162 Todesfälle insgesamt bzw. 166 je 100.000) gegenüber gleichaltrigen Berlinerinnen (516 Fälle bzw. 78 je 100.000) eine im Durchschnitt gesehen mehr als doppelt so hohe Mortalitätsrate (vgl. auch Abbildung 3.6 und Tabelle 3.2.5, 3.2.5 a, 3.2.5 b).

Vorzeitige Sterblichkeit

Mit dem Indikator „Vorzeitige Sterblichkeit“ werden die Sterbeverhältnisse der unter 65-jährigen Bevölkerung erfasst. Die vorzeitige Sterblichkeit ist ein sensibler Indikator für die Beschreibung der gesundheitlichen Lage der Menschen im mittleren Lebensalter. Mit diesem Indikator lassen sich ebenso die Qualität der Gesundheitsversorgung und deren Inanspruchnahme sowie das persönliche risikobehaftete und wenig gesundheitsförderliche Verhalten ableiten. Treten bei unter 65-Jährigen vermehrt Todesfälle auf, ist das als ein Hinweis auf erhöhte Gesundheitsrisiken zu werten. Und deren Ursachen können auf Unfälle,

auf Umweltbelastungen aber auch auf gesundheitlich belastende Arbeitsbedingungen basieren. Die meisten vorzeitigen Sterbefälle gehen jedoch auf das Konto von Erkrankungen, die zu einem großen Teil auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind.

Im Gegensatz zur „Alterssterblichkeit“ wird die vorzeitige Sterblichkeit *von nur wenigen Todesursachen dominiert*. Die Hälfte der bei den unter 65-jährig Gestorbenen kodierten Todesursachen zählt zu den sogenannten „vermeidbaren Sterbefällen“, von denen gehen wiederum etwa drei Viertel (in den letzten Jahren allein in Berlin etwa 2.400 pro Jahr) zu Lasten des individuellen Gesundheitsverhaltens (z. B. negative Prädiktoren wie Alkoholmissbrauch, Rauchen, körperliche Inaktivität, ungesunde Ernährungsgewohnheiten mit daraus resultierenden Folgekrankheiten).

Im Jahr 2008 starben in Berlin 6.356 Personen in einem Alter von unter 65 Jahren. Das bedeutet auch, dass etwa jede fünfte in Berlin gestorbene Person keine 65 Jahre alt wurde. Das Verhältnis der Männer (4.171 Gestorbene) zu den Frauen (2.185) betrug 2:1. Bei den Frauen lag der Anteil der unter 65-jährig Verstorbenen, gemessen an der Gesamt mortalität, bei 13 % und bei den Männern bei 29 %.

Betrachtet nach *Staatsangehörigkeit* waren 5.874 gestorbene Personen Deutsche, 2.019 weiblichen und 3.855 männlichen Geschlechts, das entsprach einer altersstandardisierten Sterberate von 144 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen und von 276 bei den Männern. Demgegenüber starben im Jahr 2008 482 bzw. 124 je 100.000 ausländische Personen, die Sterberate der Ausländerinnen (166 Todesfälle insgesamt) belief sich auf 90 und die der ausländischen Männer (316 Todesfälle insgesamt) auf 157 Gestorbene je 100.000.

Während die vorzeitige Sterblichkeit innerhalb der deutschen Population bei beiden Geschlechtern gegenüber 2007 wieder etwas anstieg, und zwar bei den Frauen um über fünf und bei den Männern um knapp zwei Prozent, kam es innerhalb der in Berlin lebenden ausländischen Bevölkerung insgesamt zu einem Rückgang der Sterberate um fünf Prozent. Bei den Frauen betrug dieser neun, bei den Männern hingegen nur zwei Prozent (vgl. Tabelle 3.2.3 a).

Rückgang vorzeitiger Sterblichkeit bei Berliner Männern stärker als bei den Frauen

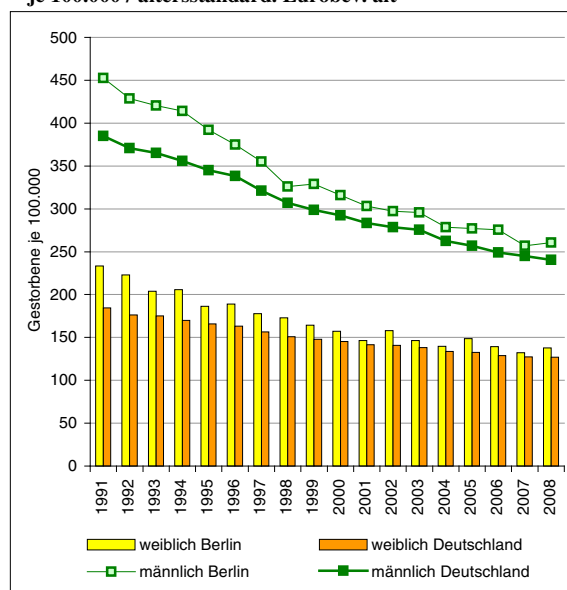
Die vorzeitige Sterblichkeit ging in Berlin im Zeitraum von 1991 bis 1999 bei den Frauen um 30 % und bei den Männern um 27 % zurück. Von 2000 bis 2008 kam es mit minus 12 % bei den Berlinerinnen zu einem weiteren Rückgang der Rate. Wie schon bei der Gesamtsterblichkeit profitierten auch bei der vorzeitigen Sterblichkeit Berliner Männer mit minus 18 % deutlich stärker als Frauen von der weiteren Reduktion der vorzeitigen Mortalität.

Bei beiden Geschlechtern wurde im Jahr 2008 die zweitniedrigste Mortalitätsrate beobachtet, die niedrigste wurde 2007 ermittelt (vgl. Abbildung 3.7 und Tabelle 3.2.1).

Vorzeitige Sterblichkeit liegt in Berlin bei beiden Geschlechtern über Bundesniveau

Nach wie vor haben Berlinerinnen und Berliner gegenüber Frauen und Männern aus dem übrigen Bundesgebiet ein höheres Risiko, noch vor Vollendung ihres 65. Lebensjahres zu sterben. Die Sterberate der Berlinerinnen lag z. B. im Zeitraum 2006/2008 sechs und die der Berliner Männer acht Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Im bundesdeutschen Ländervergleich wurden bei

Abbildung 3.7:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin und in Deutschland 1991 - 2008
- je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt

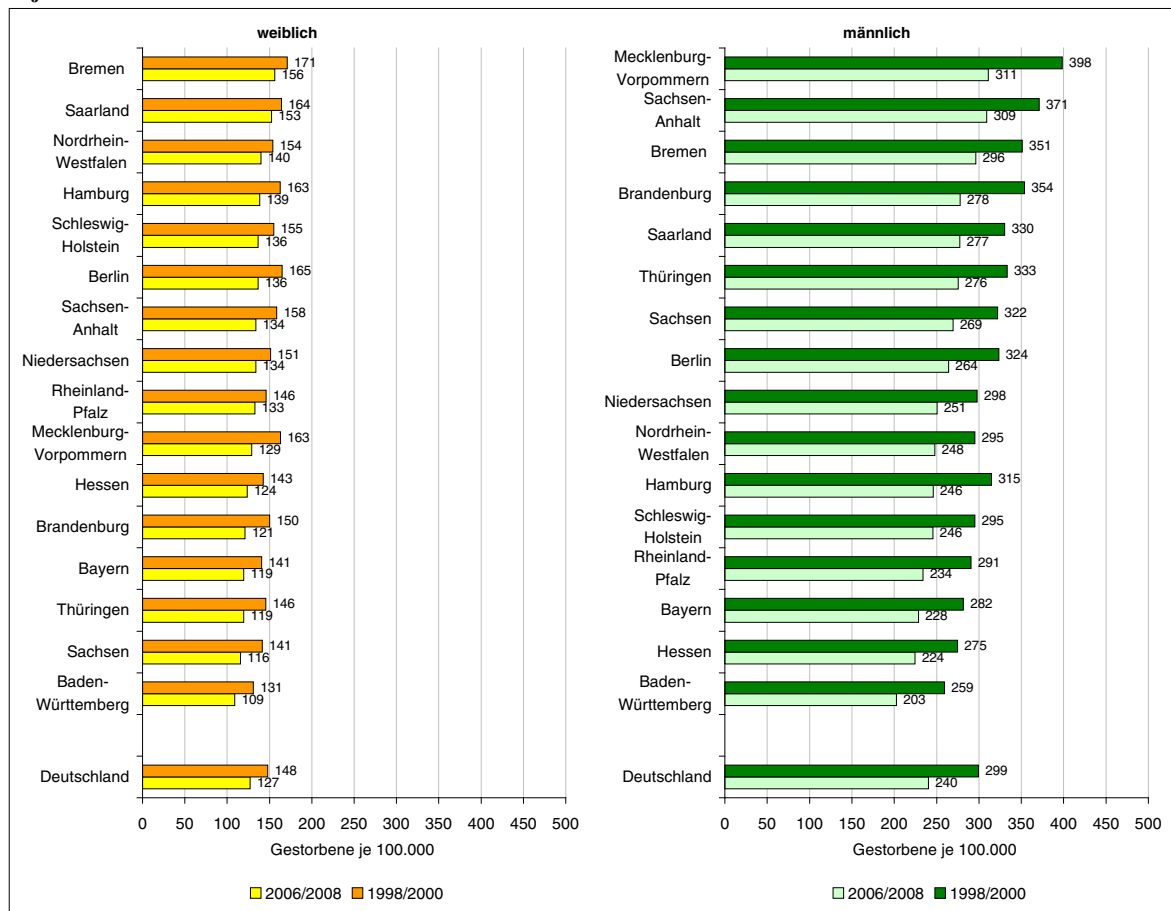


(Datenquelle: StBA / AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

den Frauen die mit Abstand höchsten Werte in Bremen und im Saarland gemessen. Demgegenüber verwiesen unter 65-jährige Frauen aus Baden-Württemberg im gesamten Beobachtungszeitraum auf die niedrigste vorzeitige Sterblichkeit. Im Vergleich zu den Berlinerinnen hatten sie in den letzten Jahren ein um mehr als ein Fünftel niedriger liegendes Sterberisiko. Auch bei unter 65-jährigen Männern hatten Baden-Württemberger die bundesweit geringsten Mortalitätsraten. Im Vergleich zu ihnen lag die Sterberate der Berliner Männer fast ein Drittel darüber. Das höchste Sterberisiko hatten jedoch Männer aus Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, deren Rate 50 % höher als die der Männer aus Baden-Württemberg war und fast ein Drittel über dem Bundesdurchschnitt lag (vgl. Abbildung 3.8).

Abbildung 3.8:

Vorzeitige Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 1998/2000 und 2006/2008 (jeweils zusammengefasst) nach Geschlecht und Bundesländern
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Vorzeitige Sterblichkeit und Sozialstruktur der Bevölkerung sind eng miteinander verknüpft. So sind negative Prädiktoren, die die vorzeitige Sterblichkeit signifikant erhöhen, in Bezirken mit eher sozial vulnerablen Gruppen der Bevölkerung (hohe Arbeitslosenquote, hoher Anteil an Bevölkerung, die „Hartz IV-Leistungen“ beziehen, niedriger Bildungsstand, hoher Anteil an Bevölkerung mit Migrationshintergrund) häufiger anzutreffen als in Bezirken, deren Bevölkerung eine gute soziale Lage bescheinigt wird.

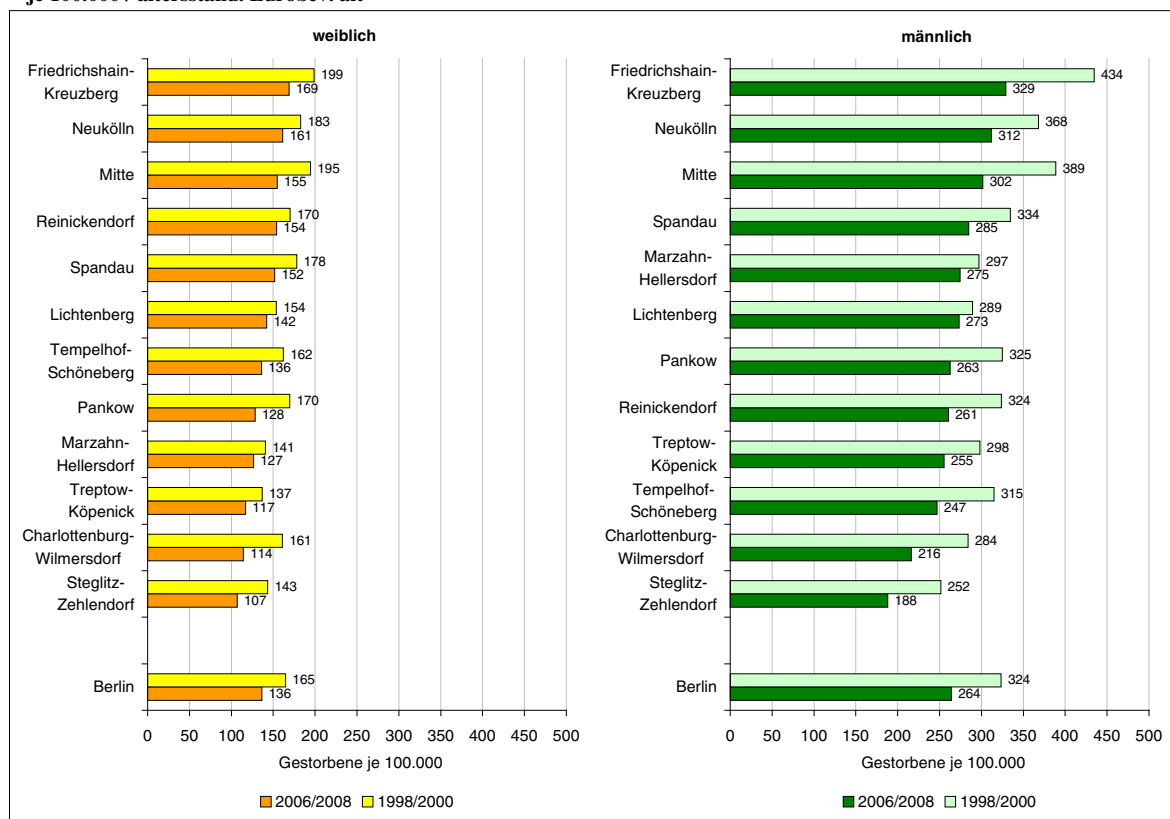
Personen aus Bezirken mit ungünstiger Sozialstruktur haben ein erhöhtes vorzeitiges Sterberisiko

Die vorzeitige Sterblichkeit ist in den letzten zehn Jahren in allen *Berliner Bezirken* weiter zurückgegangen. Das traf auf beide Geschlechter zu. Am niedrigsten fiel der Rückgang sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in den Bezirken Lichtenberg und Marzahn-Hellersdorf aus. Demgegenüber

konnten Frauen und Männer aus den Bezirken Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf auf die stärkste Reduzierung der vorzeitigen Sterblichkeit verweisen. Das waren dann auch die zwei Bezirke, in denen unter 65-jährige Frauen im Zeitraum 2006/2008 das niedrigste Risiko hatten, vor Vollendung des 65. Lebensjahres zu sterben. Eine deutlich unter dem Berliner Durchschnittswert liegende Sterberate hatten aber auch Frauen aus dem Bezirk Treptow-Köpenick. Das mit Abstand höchste Sterberisiko hatten nach wie vor Frauen aus dem Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg, deren Sterberate z. B. 58 % über der der Frauen aus Steglitz-Zehlendorf lag. Nach Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg wurde bei unter 65-Jährigen aus den Bezirken Neukölln und Mitte die zweit- bzw. dritthöchste vorzeitige Sterblichkeit aller Berliner Bezirke ermittelt (Werte vgl. Abbildung 3.9).

Abbildung 3.9:

Vorzeitige Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin 1998/2000 und 2006/2008 (jeweils zusammengefasst) nach Geschlecht und Bezirken
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Unter 65-jährige Männer aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf hatten im Zeitraum 2006/2008 das berlinweit geringste vorzeitige Sterberisiko. Trotz eines über dem Berliner Durchschnittswert liegenden Rückgangs der vorzeitigen Sterblichkeit (um immerhin 24 %), war diese bei Männern aus Friedrichshain-Kreuzberg berlinweit immer noch am höchsten. Im Vergleich zu Steglitz-Zehlendorf hatten sie 2006/2008 eine um 75 % höher liegende Sterberate. Aber auch in Mitte und in Neukölln hatten unter 65-jährige Männer noch etwa um zwei Drittel höher liegende Werte (vgl. Abbildung 3.9).

Bezogen auf das erwerbsfähige Alter und damit verbundene spezifische Altersgruppen wird ersichtlich, dass *im jungen Erwachsenenalter* der viel zitierte Zusammenhang zwischen der Höhe der Sterberate und der sozialen Lage noch nicht so stark ausgeprägt ist wie in den höheren Altersgruppen. In den letzten Jahren hatten beispielsweise 15- bis 34-jährige Frauen und Männer aus dem Bezirk Treptow-Köpenick - einem Bezirk mit guter Sozialstruktur - eine deutlich höhere und weit über dem

Berliner Gesamtniveau liegende Sterblichkeit als Gleichaltrige aus Friedrichshain-Kreuzberg - einem Bezirk mit sehr ungünstiger sozialer Struktur. Im letztgenannten Bezirk lag die Sterberate der Frauen 15 % unter dem Berliner Durchschnittswert und auch bei den 15- bis 34-jährigen Männern lag sie um 0,3 % darunter (vgl. Tabelle 3.1).

Tabelle 3.1:

Geschlechtsspezifische Mortalität in Berlin 2006 - 2008 (zusammengefasst) nach ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 der Altersgruppen und Abweichung vom Berliner Durchschnittswert (in %)

Bezirk	Alter in Jahren								
	15 - 34			35 - 54			55 - 64		
	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt	weiblich	männlich	insgesamt
	je 100.000 der Altersgruppe								
Mitte	25,5	57,0	41,7	173,8	331,8	261,2	639,3	1.249,6	954,4
Friedrichshain-Kreuzberg	20,0	56,7	38,3	175,2	337,9	264,9	713,6	1.460,3	1.100,2
Pankow	18,3	61,9	39,6	132,5	259,7	201,3	541,4	1.132,2	830,5
Charlottenburg-Wilmersdorf	19,7	40,0	29,6	122,4	230,6	175,6	506,4	969,4	729,2
Spandau	17,5	58,9	38,3	175,7	298,3	237,7	631,1	1.328,7	972,2
Steglitz-Zehlendorf	23,4	46,2	34,4	112,6	197,2	152,2	462,7	843,9	639,5
Tempelhof-Schöneberg	23,7	56,1	39,6	163,4	275,9	219,8	563,2	1.056,3	803,3
Neukölln	31,9	68,3	50,4	183,7	362,0	277,3	634,4	1.336,6	983,2
Treptow-Köpenick	29,0	62,1	45,8	139,3	302,0	224,0	451,0	1.058,0	741,0
Marzahn-Hellersdorf	35,4	53,9	45,1	156,9	373,5	263,6	495,5	1.067,1	785,8
Lichtenberg	17,7	54,0	36,4	178,4	332,7	259,3	590,4	1.145,6	858,2
Reinickendorf	25,2	62,9	44,1	176,5	303,7	239,4	643,2	1.098,9	863,5
Berlin	23,7	56,8	40,3	155,6	299,2	229,6	564,7	1.125,2	838,9
	Abweichung vom Berliner Durchschnittswert (in %)								
Mitte	7,6	0,2	3,3	11,7	10,9	13,7	13,2	11,1	13,8
Friedrichshain-Kreuzberg	-15,4	-0,3	-4,9	12,6	12,9	15,4	26,4	29,8	31,1
Pankow	-22,4	8,9	-1,7	-14,9	-13,2	-12,3	-4,1	0,6	-1,0
Charlottenburg-Wilmersdorf	-16,6	-29,6	-26,7	-21,3	-22,9	-23,5	-10,3	-13,8	-13,1
Spandau	-26,0	3,6	-5,1	12,9	-0,3	3,5	11,8	18,1	15,9
Steglitz-Zehlendorf	-1,1	-18,7	-14,6	-27,7	-34,1	-33,7	-18,1	-25,0	-23,8
Tempelhof-Schöneberg	0,2	-1,3	-1,7	5,0	-7,8	-4,3	-0,3	-6,1	-4,2
Neukölln	34,8	20,1	24,9	18,1	21,0	20,8	12,3	18,8	17,2
Treptow-Köpenick	22,4	9,3	13,5	-10,5	0,9	-2,5	-20,1	-6,0	-11,7
Marzahn-Hellersdorf	49,8	-5,1	12,0	0,8	24,8	14,8	-12,3	-5,2	-6,3
Lichtenberg	-25,3	-4,9	-9,6	14,6	11,2	12,9	4,6	1,8	2,3
Reinickendorf	6,5	10,6	9,5	13,4	1,5	4,3	13,9	-2,3	2,9

(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Ein Grund für die nicht unbedingt mit der sozialen Lage in Kontext zu bringende Sterblichkeit bei jüngeren Erwachsenen liegt im *für dieses Alter spezifischen Todesursachenspektrum*. Während ab einem Alter von etwa 35 Jahren die Zahl der Todesfälle steigt, die unmittelbar mit einem negativen Gesundheitsverhalten assoziiert sind und häufiger in einer Bevölkerung mit negativen Sozialindizes auftreten, ist dies bei unter 35-Jährigen noch nicht der Fall. Bei ihnen gehen auftretende Sterbefälle in der Mehrzahl zu Lasten von nichtnatürlichen Sterbefällen, in erster Linie zurückzuführen auf Suizide und Unfälle (vgl. auch Tabellen 3.2.8, 3.2.8 a). Von Selbsttötungen und Todesfällen infolge von Unfällen sind alle Bevölkerungsschichten betroffen, ein Zusammenhang zur sozialen Lage ist nicht nachweisbar.

Verlorene Lebensjahre

Mit den verlorenen Lebensjahren (Potential Years of Life Lost / PYLL) wird die Differenz zwischen einer vorgegebenen Altersgrenze - hier unter 65 Jahre - und dem vor Erreichen der Altersgrenze eingetretenen Tod betrachtet.

Neben der Lebenserwartung bei Geburt, der vorzeitigen Sterblichkeit, den altersspezifischen und altersstandardisierten Sterbeziffern und der Säuglingssterblichkeit können die verlorenen poten-

ziellen Lebensjahre ebenfalls als *Indikator für die Beurteilung der Gesundheit der Bevölkerung* herangezogen werden. Der Indikator hat aber vor allem eine volkswirtschaftliche Relevanz, da es sich bei den meisten Fällen um Todesfälle handelt, die im wirtschaftlich aktiven (erwerbsfähigen) Alter auftreten. Für alle vor dem Erreichen der definierten Altersgrenze (unter 65 Jahre) aufgetretenen Sterbefälle werden die nicht gelebten Jahre aufsummiert und als altersstandardisierte Rate je 100.000 dargestellt (vgl. auch Kapitel 11, Abschnitt „Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre“).

Die Rate der verlorenen potenziellen Lebensjahre bei Frauen ist in etwa halb so hoch wie die der Männer. Für beide Geschlechter stellt sich ein *kontinuierlicher Rückgang* der Rate dar. In Berlin belief sich diese in den letzten zehn Jahren bei beiden Geschlechtern auf etwa 29 % (Frauen: 1997/1998: 2.273, 2007/2008: 1.619 je 100.000; Männer: 1997/1998: 4.373, 2007/2008: 3.113 je 100.000). (vgl. Abbildung 3.10).

Obwohl im Vergleich zu Berlin die Rate *bundesweit* bei den Frauen von 1997/1998 (2.035 je 100.000) bis 2007/2008 (1.561 je 100.000) um 22 % und bei den Männern um 27 % (1997/1998: 4.166, 2007/2008: 3.031 je 100.000) und damit etwas schwächer als in Berlin zurückging, muss festgestellt werden, dass die altersstandardisierte Rate der verlorenen Lebensjahre in Berlin sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern in den letzten Jahren nach wie vor noch über dem Bundesniveau liegt.

Die wichtigsten *Ursachen für den Verlust von potenziellen Lebensjahren* sind hierzulande sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern bösartige Neubildungen. An zweiter Stelle der Statistik rangierten die so genannten nichtnatürlichen Todesursachen, gefolgt von Krankheiten des Kreislaufsystems (vgl. Tabelle 3.2.12).

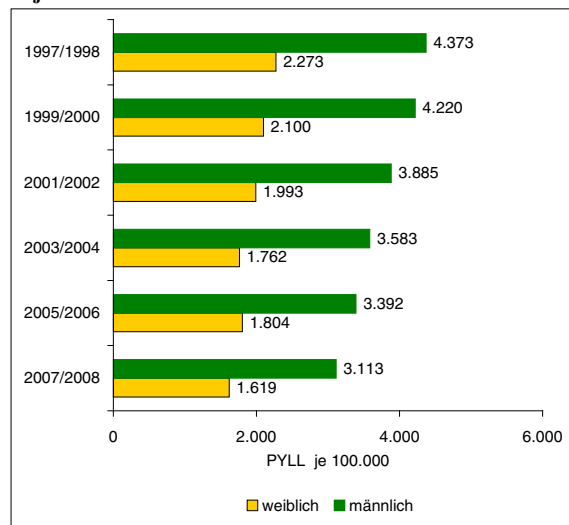
Häufigste Ursache für den Verlust von potenziellen Lebensjahren sind bösartige Neubildungen

Bei den Berliner Frauen gingen im Jahr 2008 allein 42 % aller verlorenen Lebensjahre (10.435 Jahre bzw. 659 je 100.000) auf das Konto von *bösartigen Neubildungen*. Knapp die Hälfte ging dabei zu Lasten von Brust- (2.408 Jahre bzw. 148 je 100.000) und Lungenkrebs (2.235 bzw. 140 je 100.000). Bei den Männern ging etwa jedes dritte durch Tod verlorene Lebensjahr, insgesamt 11.924 bzw. 762 je 100.000 auf bösartige Neubildungen zurück. Bei mehr als jedem vierten Fall handelte es sich um Lungenkrebs (3.195 Jahre bzw. 200 je 100.000).

Der Anteil der PYLL, verursacht durch *nichtnatürliche Sterbefälle*, belief sich im Jahr 2008 in Berlin auf knapp 14 % bei den Frauen und 20 % bei den Männern. Der Prozentsatz an verlorenen potenziellen Lebensjahren, der dabei auf Selbsttötungen zurückzuführen war, lag bei den Männern erheblich über dem der Frauen. Mit einer altersstandardisierten Rate von 242 je 100.000 lag diese beispielsweise bei den Berlinern fast viermal so hoch wie die der Berlinerinnen (63 je 100.000) (vgl. Tabelle 3.2.12).

Bezüglich der verlorenen Lebensjahre durch Todesfälle infolge von *Krankheiten des Kreislaufsystems* gelten in erster Linie ischämische Herzkrankheiten, allen voran der akute Myokardinfarkt, als Hauptverursacher. Auch bei den durch Tod infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems verloren

Abbildung 3.10:
Anzahl der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL / Alter: 1 - 64 Jahre) in Berlin 1997 - 2008 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt

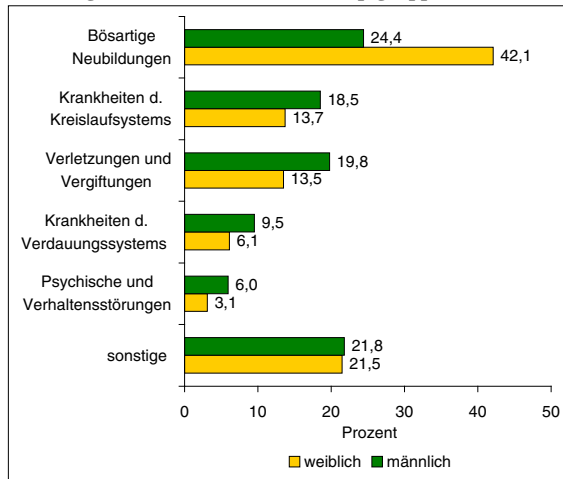


(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gegangenen potenziellen Lebensjahren lag der Anteil bei den Berliner Männern im Jahr 2008 mit 19 % (9.050 Jahre bzw. 557 je 100.000) über dem der Frauen (14 %, 3.385 Jahre insgesamt, 219 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.10 a). Besonders gravierend waren dabei geschlechtsspezifische Unterschiede der durch Tod verlorenen Lebensjahre bei akutem Herzinfarkt. Mit einer Rate von 150 je

100.000 lag diese bei den Berliner Männern etwa fünfeinhalbmal über dem der Frauen aus Berlin (28 je 100.000).

Abbildung 3.10 a:
Prozentualer Anteil der durch Tod verlorenen Lebensjahre (PYLL / Alter: 1 - 64 Jahre) in Berlin 2008 nach Geschlecht und ausgewählten Todesursachenhauptgruppen



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

Auch bei den durch Tod verlorenen Lebensjahren infolge von psychischen und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Verdauungssystems liegen die Werte bei den Männern um ein Mehrfaches über denen der Frauen. Für beide Hauptdiagnosegruppen wird *übermäßiger Alkoholenuss* verantwortlich gemacht. Bei beiden Geschlechtern gingen allein drei Viertel der in den zwei Hauptgruppen ermittelten PYLL zu Lasten von psychischen und Verhaltensstörungen durch Alkohol und alkoholischer Leberkrankheit (ICD-10 Nrn. F 10 und K 70). Im Jahr 2008 verursachten derartige Todesfälle insgesamt 4.290 verlorene Lebensjahre bzw. 260 je 100.000 bei den Männern und 1.348 bzw. 82 je 100.000 bei den Frauen (vgl. Abbildung 3.10 a).

Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Das Todesursachenspektrum wird *von nur wenigen Diagnosen bestimmt*. Das trifft sowohl auf die Gesamt- als auch auf die vorzeitige Sterblichkeit zu. Während bei den über 65-Jährigen in erster Linie Herz-Kreislaufkrankungen - hauptsächlich verursacht durch Durchblutungsstörungen des Herzens und zerebrovaskuläre Krankheiten - als Todesursache verschlüsselt werden, sind bei den unter 65-Jährigen bösartige Neubildungen die am häufigsten angegebenen Todesursachen. Bei den Berliner Frauen geht derzeit nahezu jeder zweite und bei den unter 65-jährig gestorbenen Berliner Männern fast jeder dritte Sterbefall zu Lasten einer Krebserkrankung. Bezogen auf Krebslokalisationen handelt es sich bei den Frauen bei über 40 % der Fälle um Lungen- bzw. Brustkrebs. Bei den Männern liegt allein der Anteil der Lungenkrebssterbefälle bei 39 %.

Bösartige Neubildungen sind bei unter 65-Jährigen Todesursache Nummer eins

An zweiter Stelle des Todesursachenspektrums stehen bei den unter 65-jährigen Berlinerinnen und Berlinern Krankheiten des Kreislaufsystems. Im Jahr 2008 wurde beispielsweise bei jedem siebenten weiblichen und mehr als jedem vierten männlichen Sterbefall als Todesursache eine Herz-Kreislaufkrankung kodiert. Von diesen war jeder fünfte weibliche und fast jeder dritte männliche Sterbefall auf einen akuten Myokardinfarkt zurückzuführen.

Auf Platz drei rangieren seit vielen Jahren Sterbefälle infolge von Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle, Suizide etc.). Jährlich gehen etwa 11 % aller Sterbefälle bei den unter 65-jährigen Männern und 7 % bei den Frauen zu Lasten der sogenannten nichtnatürlichen Todesfälle (vgl. auch Tabellen 3.2.2 a). Bei beiden Geschlechtern wird bei rund 60 % der in der Gruppe der nichtnatürlichen Sterbefälle kodierten Todesursachen eine Selbsttötung bzw. ein Todesfall infolge eines Transportmittelunfalls kodiert.

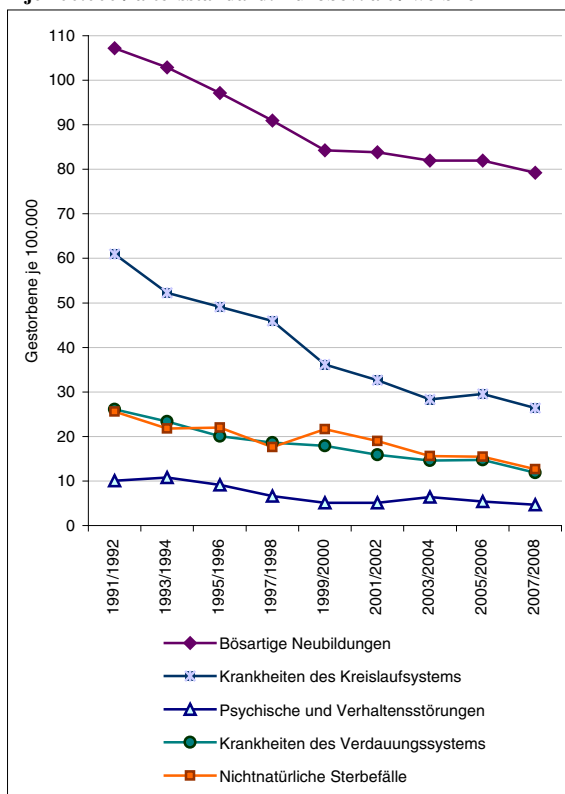
Hinsichtlich des todesursachenspezifischen Mortalitätsgeschehens der Berliner Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter ging die Sterberate, bezogen auf alle Todesursachen, bei den *Frauen* seit Anfang der neunziger Jahre um 40 % (1991/1992: 281, 2007/2008: 168 je 100.000) zurück. Der Rückgang der

Krebssterblichkeit betrug 26 % (1991/1992: 107, 2007/2008: 79 je 100.000). Mit minus 57 % konnte die Herz-Kreislauf-Sterblichkeit auf die stärkste Reduktion verweisen (1991/1992: 61, 2007/2008: 26). Aber auch bei den nichtnatürlichen Sterbefällen kam es zu einer Halbierung der Sterberate (1991/1992: 26, 2007/2008: 13 je 100.000). Ein ebenfalls stark rückläufiger Trend (über 50 %) konnte in Bezug auf die Sterblichkeit an Krankheiten des Verdauungssystems (1991/1992: 26 Gestorbene je 100.000, 2007/2008: 12) (über 50 %) und der psychischen und Verhaltensstörungen (1991/1992: 10, 2007/2008: 5 je 100.000), bei denen es sich in erster Linie um alkohol- und drogenbedingte Sterbefälle handelte, beobachtet werden (vgl. Abbildung 3.11).

Bei Berliner *Männern* im erwerbsfähigen Alter ging die altersstandardisierte Sterberate, bezogen auf alle Todesursachen, seit Anfang der neunziger Jahre ebenfalls um etwa 40 % (1991/1992: 559, 2007/2008: 331 Gestorbene je 100.000) zurück. Der Rückgang der Krebssterblichkeit lag mit minus 24 % (1991/1992: 135, 2007/2008: 103 je 100.000) etwas unter der der Frauen. Wie bei den Frauen war auch bei den Männern der Rückgang der Herz-Kreislaufsterblichkeit mit minus 51 % am intensivsten (1991/1992: 155, 2007/2008: 76 Gestorbene je 100.000). Zu einer knappen Halbierung der Sterblichkeit (1991/1992: 68, 2007/2008: 37 je 100.000) kam es außerdem bei nichtnatürlichen Todesursachen. Wesentlich schwächer, und zwar um minus 37 %, als bei den Frauen (minus 53 %) verringerte sich dagegen bei den Männern das Risiko, an Krankheiten des Verdauungssystems (1991/1992: 48, 2007/2008: 32) und infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (1991/1992: 31, 2007/2008: 18 je 100.000) zu sterben (vgl. Abbildung 3.11 a).

Abbildung 3.11:

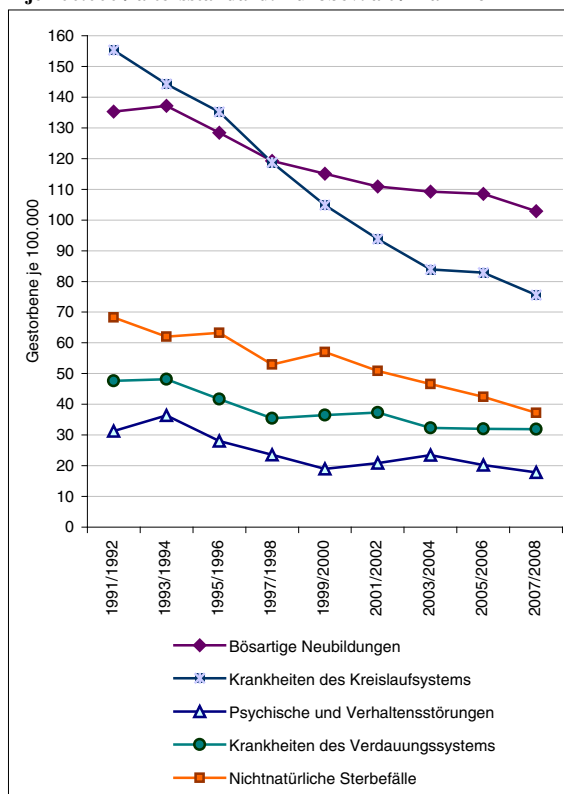
Mortalitätsraten (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1991 - 2008 nach den häufigsten Hauptdiagnosegruppen - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt / weiblich



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

Abbildung 3.11 a:

Mortalitätsraten (Alter: 15 - 64 Jahre) in Berlin 1991 - 2008 nach den häufigsten Hauptdiagnosegruppen - je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt / männlich



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

Nach wie vor ist der weit über dem *Bundesdurchschnitt* liegende Anteil der gestorbenen Berlinerinnen und Berliner, bei denen keine eindeutige Todesursache kodiert wurde, als unbefriedigend und für die Auswertung der amtlichen Todesursachenstatistik erschwerend anzusehen. Im Jahr 2008

wurde bei 1.403 gestorbenen Berlinerinnen und bei 1.140 Berlinern eine ICD-10 Nr. aus der Diagnosegruppe R 00 - R 99 (Symptome u. abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind) als Todesursache kodiert. Hinsichtlich des erwerbsfähigen Alters wurde bei 473 Gestorbenen (144 weiblichen und 329 männlichen Geschlechts)

eine ICD-10 Nr. aus dieser Gruppe gewählt. Bezogen auf die Gesamtmortalität konnte somit im Jahr 2008 in Berlin bei sieben Prozent der gestorbenen Frauen und bei acht Prozent der gestorbenen Männer, die sich zum Zeitpunkt ihres Todes in einem Alter von 15 bis unter 65 Jahren befanden, keine eindeutige Todesursache zugeordnet werden. Bei fast allen gestorbenen Personen - und zwar bei 138 Berlinerinnen und bei 324 Berlinern - waren die Positionsnummern ICD-10 R 98 und R 99 („Tod unbekannter Ursache“) auf dem Leichenschauschein als Sterbeursache eingetragen.

Anteil unbekannter
Todesursachen
in Berlin weit über
Bundesniveau

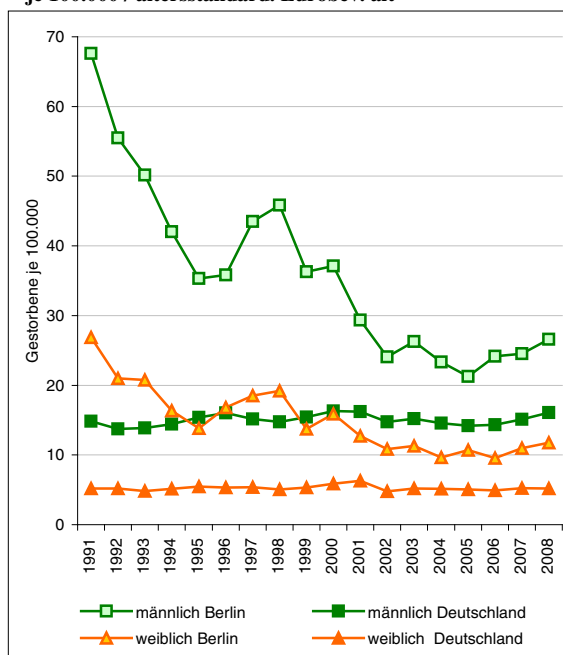
Insgesamt gesehen ging in Berlin bei den 15- bis 64-Jährigen seit Einführung der ICD 10. Revision im Jahr 1998 die Rate der *Fälle mit unbekannter oder ungenauer Todesursache* im Durchschnitt ge-

sehen bei beiden Geschlechtern um etwa 40 % zurück. Nach wie vor lag die Mortalitätsrate der im Alter von 15 bis 64 Jahren gestorbenen Personen aus Berlin, bei denen keine eindeutige Todesursache angegeben wurde, aber bei den Männern im Vergleich zum übrigen Bundesgebiet immer noch um zwei Drittel höher und bei den Frauen sogar mehr als doppelt so hoch. Auffällig war, dass sich die Rate der Männer im Bundesdurchschnitt (ohne Berlin) im gesamten Beobachtungszeitraum auf ca. 15 je 100.000 und die der Frauen auf etwa 5 je 100.000 bezifferte, während sie in Berlin immer wieder größeren Schwankungen unterlag (vgl. Abbildung 3.12).

Ein Entwicklungstrend für Berlin kann aus verschiedenen Gründen nicht abgeleitet werden. Eine der *Ursachen für die Unterschiede zwischen Deutschland und Berlin* lässt sich aus dem monokausalen Charakter der Todesursachenstatistik ableiten. Darüber hinaus kann es aufgrund der statistischen Geheimhaltungsvorschriften zu einer Erhöhung der Zahl der kodierten Todesursache ICD-10 Nr. R 99 (sonstige ungenau oder nicht näher bezeichnete Todesursachen) kommen, da alle geheimhaltungspflichtigen Fälle in dieser Diagnose umgesetzt werden müssen. In Stadtstaaten dürfte damit die Zahl per se schon etwas höher liegen als in Flächenstaaten.

Abbildung 3.12:

Mortalitätsraten der im Alter von 15 bis 64 Jahren gestorbenen Personen mit unbekannter, ungenauer und unspezifischer Todesursache (ICD-10 Nrn. R 00 - R 99) in Berlin und in Deutschland (ohne Berlin) 1991 - 2008 nach Geschlecht
- je 100.000 / altersstandard. Eurobev. alt



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

Der Hauptgrund, weshalb die Rate in Berlin so stark über dem Bundesniveau liegt, ist aber der *großen Anzahl von fehlenden Leichenschauscheinen* geschuldet, die in Berlin zu den großen Unterschieden in der Mortalitätsrate in Bezug auf ungenaue und unbekannte Todesursachen führt. Für etwa 1.000 Sterbefälle pro Jahr werden dem für die Todesursachenkodierung zuständigen Amt für Statistik Berlin-Brandenburg keine Totenscheine übersandt. Der Todesfall wird lediglich über die standesamtliche Meldung (Sterbefallzählkarte, sie enthält keine Angaben zur Todesursache) bekannt. Die betroffenen Sterbefälle erhalten dann im Amt für Statistik als Todesursache die ICD-10 Nr. R 99, da keine andere Schlüsselnummer vorgegeben ist. Eine Unterscheidung zwischen den tatsächlich via Totenschein registrierten unbekannten Todesursachen und den Sterbefällen, bei denen kein Leichenschauschein vorhanden war, ist somit nicht mehr möglich.

Erstmals mit der Auswertung der Todesursachenstatistik für das Jahr 2009 sollen in Berlin mittels *Hilfssignierung die Sterbefälle, bei denen kein Leichenschauschein vorhanden ist*, eine Kennung erhalten, wodurch die Rate der tatsächlichen unbekannten Todesursachen gesenkt und ein Vergleich mit anderen Bundesländern möglich wird. Gleichwohl müssen Anstrengungen forciert werden, um die Zahl der fehlenden Leichenschauscheine zu minimieren. Da eine Benachrichtigung über fehlende Totenscheine an die Gesundheitsämter seitens des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg aus datenschutzrechtlichen Aspekten nicht möglich ist (dafür müssten Einzeldaten an die Ämter herausgegeben werden) könnte nur eine Kooperation der Standesämter mit den Gesundheitsämtern Abhilfe schaffen und eine Verbesserung der momentanen Lage herbeiführen.

Die meisten Sterbefälle 15- bis 34-Jähriger waren durch multiple Unfallverletzungen verursacht

In Bezug auf die Rangfolge der Sterbefälle im erwerbsfähigen Alter nach Einzeldiagnosen sind die nach dem Grundleiden kodierten Todesursachen stark von der jeweiligen Altersgruppe abhängig. Bei Jugendlichen, jungen Erwachsenen und bei Personen im jüngeren Erwachsenenalter (15- bis 34-Jährige) waren im Jahr 2008 die meisten Sterbefälle auf nicht näher bezeichnete multiple Verletzungen, in den allermeisten Fällen

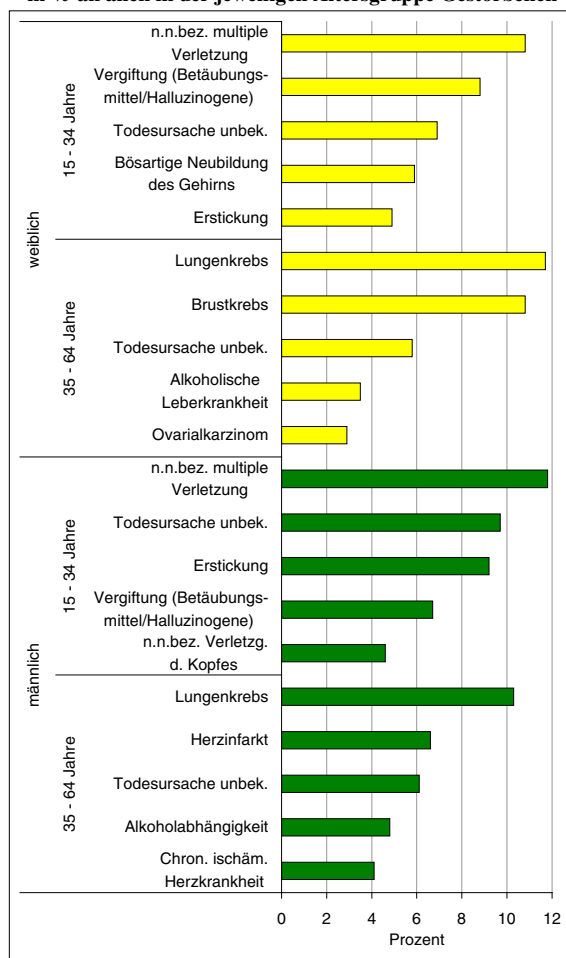
verursacht durch Transportmittelunfälle, zurückzuführen. Das betraf Frauen und Männer gleichermaßen. Unter Nichtberücksichtigung der Sterbefälle, bei denen keine Todesursachen kodiert werden konnte, stehen bei den Frauen Todesfälle infolge von Vergiftungen durch Betäubungsmittel an zweiter und bei den Männern an vierter Stelle der Einzeltodesursachen. Tod durch Erstickung (fast immer suizidal bedingt) nimmt bei den Männern den dritten Rangplatz ein und auch bei den Frauen gehört diese Todesursache zu den fünf häufigsten Todesursachen.

Bei den 35- bis 64-Jährigen führen natürliche Todesursachen das Todesursachenspektrum an. Allen voran *Lungenkrebs*, der bei beiden Geschlechtern an erster Stelle der Häufigkeitsverteilung nach Einzeltodesursachen steht. Im Jahr 2008 starben z. B. in Berlin im Alter von 35 bis 64 Jahren 235 Frauen und 397 Männer an den Folgen eines Lungenkarzinoms. Das entsprach bei den Frauen einem prozentualen Anteil von 12 % und bei den Männern von 10 % an allen in dieser Altersgruppe gestorbenen Personen. Den zweiten Platz nahmen bei den Frauen Brustkrebs- und bei den Männern Herzinfarktsterbefälle ein. Wieder unter Nichtberücksichtigung der Todesfälle mit unbekannter Todesursache, bei beiden Geschlechtern auf dem dritten Rangplatz, würden alkoholbedingte Sterbefälle an dritter Stelle rangieren. Bei den Frauen träfe dies z. B. auf die alkoholbedingte Leberkrankheit (ICD-10 Nr. K 70) und bei den Männern auf Alkoholabhängigkeit (ICD-10 Nr. F 10.2) zu (vgl. Abbildung 3.13 und Tabellen 3.2.8 - 3.2.8 c).

Vermeidbare Sterbefälle

Als vermeidbare Todesfälle (VTF) werden üblicherweise Todesfälle bezeichnet, die in einem

Abbildung 3.13:
Die häufigsten Todesursachen (Einzeldiagnosen) in Berlin 2008 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen - in % an allen in der jeweiligen Altersgruppe Gestorbenen



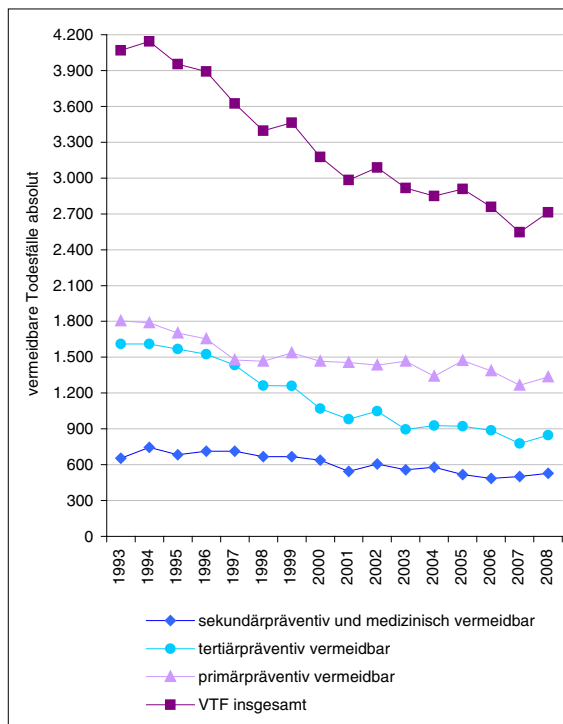
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

bestimmten Alter auftreten (das 65. Lebensjahr meist nicht überschreitend) und damit deutlich unter der durchschnittlichen Lebenserwartung der Bevölkerung liegen. VTF sollten durch eine optimale und adäquate Behandlung und Vorsorge vermeidbar sein. Aufgetretene VTF können indirekt Aufschluss über Effektivität und Qualität der Gesundheitsversorgung geben. Dazu zählen neben den Möglichkeiten der Diagnostik und der Therapie auch die Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen und andere präventive Interventionen.

In Deutschland gibt es eine Reihe konkurrierender Ansätze bei der *Definition der vermeidbaren Sterbefälle*, z. B. schließt das Konzept des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 11 Todesursachen bzw. -gruppen ein. Die meisten Bundesländer (u. a. auch Berlin) beziehen sich jedoch auf Vorschläge einer EU-Arbeitsgruppe (Holland 1988), nach deren Definition derzeit 29 Todesursachen bzw. -gruppen als vermeidbar gelten. Die jeweiligen ICD-10- Nrn. und die definierten Altersgruppen sind nachzulesen im Gesundheits- und Sozialinformationssystem (GSI) unter Indikator 3.13 - vermeidbare Sterbefälle / Metadaten (www.gsi-berlin.info).

Nach *Art der Vermeidbarkeit* werden die VTF bei letztgenanntem Konzept in primärpräventiv (z. B. Lungenkrebs, Leberzirrhose), sekundärpräventiv (z. B. Mamma- und Zervixkarzinom, perinatale Sterbefälle) und tertiärpräventiv (z. B. ischämische Herzkrankheiten, Hypertonie und Schlaganfall) vermeidbare Todesursachen klassifiziert (vgl. Tabelle 3.2.16). Die Mortalitätsrate der zahlenmäßig am häufigsten auftretenden Sterbefälle steht in engem Kontext mit der sozialen Lage der Bevölkerung und hängt stark von deren Gesundheitsbewusstsein (Inanspruchnahme und Compliance mit der optimalen Therapie, Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen, negative Gesundheitsverhaltensweisen) ab. Der Definition folgend wurden in Berlin in den letzten Jahren etwa 2.700 VTF per anno gezählt. Im Jahr 2008 belief sich die Zahl auf 1.026 weibliche und 1.686 männliche vermeidbare Sterbefälle.

Abbildung 3.14:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 1993 - 2008
nach Art der Vermeidbarkeit
- Fälle absolut



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

Insgesamt gesehen ging die absolute Zahl der VTF seit Anfang der neunziger Jahre um ein Drittel zurück. Um etwa ein

Fünftel gingen die durch medizinische (sekundärpräventive) Interventionen zu vermeidenden Sterbefälle zurück. Deren Anteil an allen VTF lag in den letzten Jahren bei etwa 20 %. Nahezu halbiert hat sich dagegen die Zahl der durch medizinisch/präventive (tertiärpräventive) Interventionen zu vermeidenden Sterbefälle, deren Anteil sich in den letzten Jahren auf knapp ein Drittel bezifferte. Durch primärpräventive Maßnahmen zu verhindernde VTF, die in der Mehrzahl auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen zurückzuführen sind, gingen um mehr als ein Viertel zurück. Sie stellen mit rund 50 %, gemessen an allen VTF, den größten Anteil (vgl. Abbildung 3.14 und Tabelle 3.2.13).

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen für die Mehrzahl vermeidbarer Todesfälle verantwortlich

Abgesehen von der Perinatalsterblichkeit nimmt die vermeidbare Sterblichkeit ab dem 25. Lebensjahr kontinuierlich zu und erreicht bei den 60- bis 64-Jährigen bei beiden Geschlechtern die höchsten Werte. Männer haben gegenüber

Frauen in nahezu allen Altersgruppen ein zum Teil mehrfach erhöhtes Sterberisiko. Aus Tabelle 3.2.14 wird außerdem ersichtlich, dass in Berlin derzeit jeder dritte Sterbefall im jüngeren Erwachsenenalter und etwa jeder zweite das mittlere Alter betreffend durch entsprechende Interventionen vermieden werden könnte. Unter Einbeziehung von zusätzlich zu den oben genannten Todesfällen, die ebenfalls als vermeidbar einzustufen sind (z. B. Todesfälle infolge von Aids, suizidalen Handlungen, Alkohol- und Drogenabhängigkeit), treffen diese Aussagen gleichermaßen zu (vgl. Abbildung 3.15 und Tabelle 3.2.14).

Wie bereits erwähnt, treten *die meisten aller vermeidbaren Todesfälle (ca. 85 %) im erwerbsfähigen Alter* auf. Das trifft auf beide Geschlechter zu. Während der Anteil der VTF bei den 15- bis 34-Jährigen derzeit gerade einmal bei zwei Prozent liegt, befand sich mehr als jede fünfte gestorbene Person (22 %) in einem Alter von 35 bis 49 Jahren. Etwa drei Viertel aller im erwerbsfähigen Alter an VTF gestorbenen Berlinerinnen und Berliner waren zum Zeitpunkt ihres Todes 50 bis 64 Jahre alt.

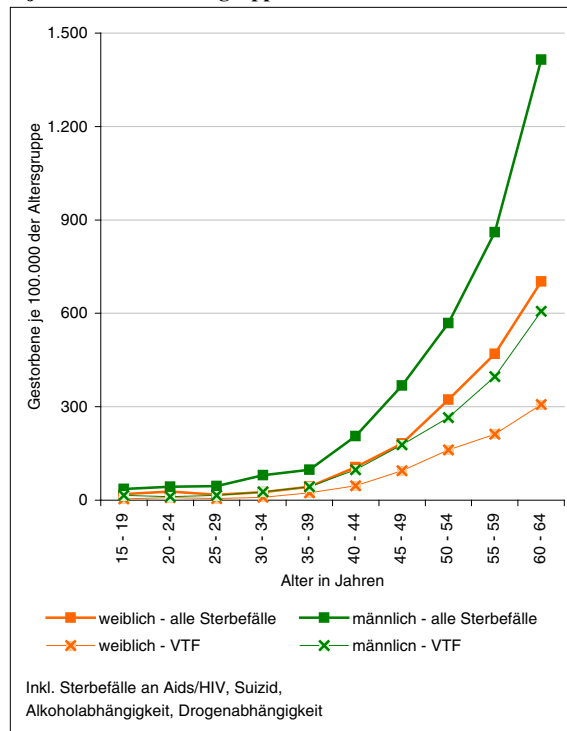
Bezogen auf vermeidbare Todesfälle im erwerbsfähigen Alter ging die altersstandardisierte Mortalitätsrate in den letzten zehn Jahren (1999 bis 2008) im gleichen Maße wie die Gesamtmortalität zurück. Mit jeweils minus 20 % profitierten 15- bis 64-jährige Männer jedoch etwas stärker als gleichaltrige Frauen (Gesamtsterblichkeit: minus 16 %, VTF minus 15 %) vom Rückgang der Mortalität (vgl. Abbildung 3.16).

Die meisten vermeidbaren Sterbefälle werden durch Lungenkrebs verursacht

Durchblutungsstörungen des Herzens (zu denen auch der akute Herzinfarkt zählt), Leberzirrhose

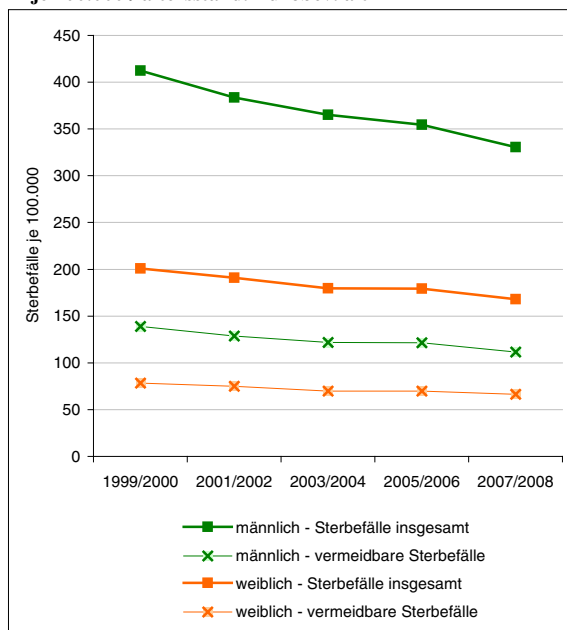
und Lungenkrebs (als Einzeltodesursache Rang eins) dominieren bei den Männern das *vermeidbare Todesursachenspektrum*. Die drei genannten und in bestimmten Altersgruppen als vermeidbar einzustufenden Todesursachen stellen bei ihnen drei Viertel aller vermeidbaren Sterbefälle. In Zahlen ausgedrückt wurde im Jahr 2008 beispielsweise bei 1.257 gestorbenen Berlinern, von denen sich 1.113 bzw. 86 % im erwerbsfähigen Alter befanden, derartige Todesursachen als das zum Tode führende Grundleiden kodiert. Bei den

Abbildung 3.15:
Vermeidbare Todesfälle (VTF) in Berlin 2008
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen
- je 100.000 der Altersgruppe



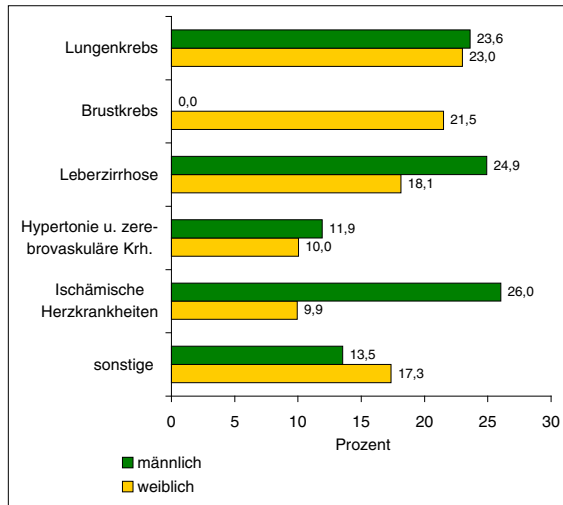
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.16:
Vermeidbare Todesfälle in Berlin 1999 - 2008 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst / Alter: 15 - 64 Jahre)
nach Geschlecht
- je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Abbildung 3.17:
Prozentualer Anteil der häufigsten vermeidbaren
Todesfälle in Berlin 2008 nach Geschlecht



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

Berliner Frauen ist Lungenkrebs mittlerweile hinsichtlich der vermeidbaren Sterbefälle Todesursache Nummer eins, gefolgt von Brustkrebs und Leberzirrhose. Diese drei Todesursachen machen bei den Berlinerinnen derzeit etwa zwei Drittel aller weiblichen VTF aus. Im Jahr 2008 wurden bei 643 Gestorbenen (567 bzw. 88 % waren im erwerbsfähigen Alter) von insgesamt 1.026 weiblichen VTF diese drei Krankheiten als Todesursache kodiert (vgl. Abbildung 3.17).