

3. Subjektiver Gesundheitszustand, Mortalität und abgeleitete Indikatoren

3.1 Subjektiver Gesundheitszustand

Angaben zur subjektiven Bewertung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung gehören in der Bundesrepublik Deutschland mittlerweile zum regelmäßigen Bestandteil der Gesundheitsberichterstattung. Grundlage der nachfolgenden Angaben sind die vom Robert Koch-Institut (RKI) im Rahmen eines *bundesweiten Gesundheitsmonitorings* regelmäßig durchgeführten Gesundheitsbefragungen. Die subjektive Morbidität ist als Prädiktor für Morbidität und Mortalität anerkannt.

Die Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen dienen der Schließung von Informationslücken der Struktur- und Prozessdaten der amtlichen Statistik (z. B. Prävalenz von Krankheiten und Gesundheitsstörungen, Inanspruchnahme von primären und sekundären Präventionsangeboten sowie von Gesundheitsleistungen).

Nachfolgende Ausführungen geben Auskunft über ausgewählte und im Indikatorensetz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder enthaltene subjektive Gesundheitsindikatoren, die in den Tabellen [3.15-1](#), [3.17-1](#), [3.17-2](#), [3.17-3](#), [3.18-1](#) der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung stehen. Die Daten entstammen den Auswertungen der GEDA-Studie 2009 (GEDA steht für „Gesundheit in Deutschland aktuell“)¹, wo im Rahmen einer telefonischen Befragung insgesamt 21.262 Personen (12.114 Frauen und 9.148 Männer) ab 18 Jahren *Fragen zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, zu Krankheiten und Befunden und zu deren Einfluss auf ihre Gesundheit* beantworteten. Des Weiteren wurde von den Frauen und Männern Auskunft über die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitsversorgungssystems gegeben. Die Stichprobengröße ist nicht ausreichend, um einzelne Bundesländer repräsentativ abzubilden. Für berlingspezifische Aussagen werden deshalb lediglich verbale Angaben zum Verhältnis Berlin - Bundesdurchschnitt gemacht.

Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustands

Die Aussagen zur *subjektiven Einschätzung des Gesundheitszustandes* haben sich - so das Ergebnis der GEDA-Studie - in den letzten Jahren kaum verändert. Wie bereits bei früheren Surveys gesehen schätzten auch in der vorliegenden Befragung 68 % der Frauen und fast drei Viertel der Männer (73 %) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ und „gut“ ein. Der hohe Anteil sinkt mit zunehmendem Alter. Immerhin bezeichnete aber auch bei den über 65-Jährigen noch etwa die Hälfte der Befragten (46 % der Frauen und 52 % der Männer) ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ oder „gut“. Einen „schlechten“ oder sogar „sehr schlechten“ Gesundheitszustand zu haben, gaben dagegen nur 7 % der Frauen und 6 % der Männer an. Der Anteil lag bei den Frauen in allen Altersgruppen über dem der Männer. Berliner Frauen schätzten ihren Gesundheitszustand etwas schlechter als der Bundesdurchschnitt ein. Berliner Männer lagen dagegen auf Bundesniveau.

70% der Bevölkerung schätzen ihren Gesundheitszustand als sehr gut und gut ein

Hinsichtlich der Bildungsgruppen schätzten sowohl Frauen als auch Männer aus der oberen Bildungsgruppe ihren Gesundheitszustand durchweg positiver ein als Personen der unteren Bildungsgruppe. Das war in allen betrachteten Altersgruppen der Fall (vgl. Abbildung 3.1 und im GSI verfügbare Tabelle [3.15-1](#)).

Die Frage nach *Aktivitätseinschränkungen im Alltag*, bezogen auf die körperliche Gesundheit, beantwortete fast ein Drittel der Frauen (32 %) damit, „eingeschränkt“ (20 %) oder sogar „erheblich

¹ Robert Koch-Institut (2011): Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell 2009“. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin. Im Internet unter <http://www.rki.de/gbe>, Pfad Gesundheitsberichte / Beiträge verfügbar.

eingeschränkt“ (13 %) zu sein. Bei den Männern lag der Anteil mit 29 % (19 % von ihnen eingeschränkt, 10 % erheblich eingeschränkt) unter dem der Frauen. Berliner Frauen und Männer fühlten sich etwas weniger als Befragte aus dem übrigen Bundesgebiet in ihren Alltagsaktivitäten eingeschränkt.

Der Anteil der Befragten, die über gesundheitsrelevante Einschränkungen bei der Ausübung ihrer Alltagsaktivitäten berichteten, stieg mit zunehmendem Alter. Erwartungsgemäß fühlten sich über 65-Jährige (Frauen 54 %, Männer 51 %) am stärksten gesundheitsbedingten Einschränkungen ausgesetzt.

Hinsichtlich des Bildungsstatus zeigte sich bei den Frauen, die sich erheblich eingeschränkt fühlten, der mit Abstand höchste Anteil in der Gruppe der unteren Bildungsgruppe. Das konnte in allen Altersgruppen beobachtet werden. Bereits im Alter von 45 bis 64 Jahren berichtete jede fünfte Frau aus der unteren Bildungsgruppe über erhebliche gesundheitsbedingte körperliche Einschränkungen. Bei den über 65-jährigen Frauen war der Anteil mit 30 % besonders hoch. Im Vergleich zu ihnen fühlten sich nur 14 % der über 65-jährigen Frauen aus der oberen Bildungsgruppe erheblich eingeschränkt.

Frauen fühlen sich häufiger als Männer seelischen Belastungen ausgesetzt

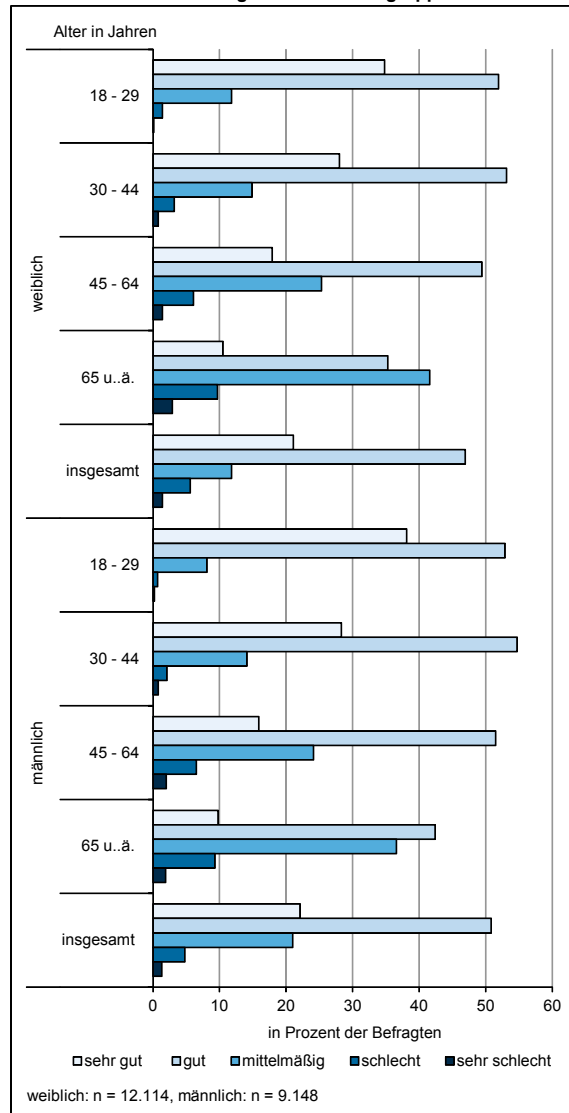
Neben der körperlichen Gesundheit übt die **psychische Gesundheit** einen erheblichen Einfluss auf die Lebens- und Leistungsqualität aus. Insgesamt fühlte sich mehr als jede zehnte befragte Person durch seelische Belastungen beeinträchtigt. Zwischen den Geschlechtern gab es signifikante Unterschiede. So gaben 13 % der befragten Frauen, aber nur 8 % der Männer an, seelisch belastet zu sein. Die deutlichsten Unterschiede konnten dabei in der Gruppe der 18- bis 29-Jährigen beobachtet werden (14 % Frauen, 6 % Männer). Berlinerinnen und Berliner berichteten deutlich häufiger als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet über seelische Belastungen.

Wie bei der körperlichen Gesundheit gaben auch hinsichtlich der psychischen Gesundheit Befragte aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe häufiger seelische Belastungen an als Personen mit hohem Bildungsstatus. Das traf auf fast alle Altersgruppen und auf Männer und Frauen gleichermaßen zu (vgl. Abbildung 3.2 und im GSI verfügbare Tabelle [3.17-1 GSI](#)).

Selbstauskunft zur Prävalenz von Krankheiten

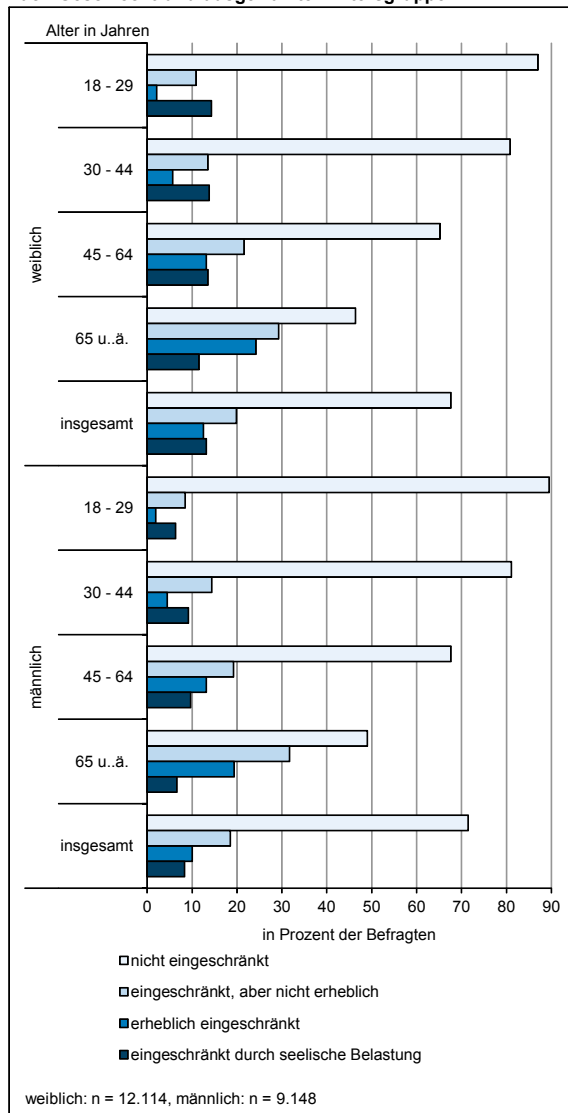
Den überwiegend positiven Aussagen (sehr gut bis gut) zum Gesundheitszustand standen bei der Frage nach dem **Vorhandensein von Krankheiten** (z. B. ischämische Herzkrankheiten) und

Abbildung 3.1:
Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes
in Deutschland 2009
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.2:
Selbstauskunft zu gesundheitlichen Einschränkungen in
Deutschland 2009
nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

gesundheitsrelevanten Befunden (Beispiel: Bluthochdruck) zum Teil hohe Prävalenzen gegenüber. Bei der Selbstauskunft zur Prävalenz von chronischen Krankheiten (lang andauernde Krankheiten, die nicht vollständig geheilt werden können) zeigte sich, dass 42 % der Frauen und 36 % der Männer an einer chronischen Erkrankung litten. Männer aus Berlin gaben häufiger als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet an, an einer chronischen Erkrankung zu leiden. Auch bei den Frauen lag der Anteil leicht über dem Bundesniveau.

Befragte aus der unteren und mittleren Bildungsgruppe berichteten häufiger als Personen aus der oberen Bildungsgruppe von einer oder sogar mehreren lang andauernden chronischen Erkrankungen (vgl. im GSI verfügbare Tabelle 3.18-1 GSI).

Hinsichtlich ausgewählter und häufig auftretender Krankheiten und pathologischer Befunde

Bluthochdruck und Fettstoffwechselstörungen am häufigsten verbreitet

waren Bluthochdruck, erhöhte Blutfettwerte (bei den Frauen auch Arthrose) am häufigsten verbreitet. Bei den meisten Angaben handelte es sich um Krankheiten und Befunde, die mit eher negativen Gesundheitsverhaltensweisen vergesellschaftet sind (wie etwa körperliche Inaktivität, zu hohe, fett- und zuckerreiche Kalorienzufuhr und Rauchen). Bei mehr als jeder vierten Person, das betraf sowohl Frauen als auch Männer, wurde eine ärztlich diagnostizierte **Hypertonie** festgestellt. Bei den über 65-Jährigen lag die 12-Monatsprävalenz des Bluthochdrucks z. B. bei den Frauen bei 55 % und bei den Männern bei 54 %. Während sich der Anteil der Hypertonieprävalenz bei den Berliner Frauen auf Bundesniveau bewegte, gaben Berliner Männer deutlich seltener als Männer aus dem übrigen Bundesgebiet einen bekannten Bluthochdruck an.

Fettstoffwechselstörungen gaben 20 % der Männer (bei über 65-jährigen Männern lag der Anteil bereits bei 36 %) und 22 % der Frauen an. Bei den über 65-jährigen Frauen lag die Prävalenz von Hypercholesterinämie mit 44 % noch höher als bei den Männern. Männer aus Berlin gaben insgesamt nicht häufiger als Befragte aus dem übrigen Bundesgebiet an, erhöhte Blutfettwerte zu haben. Bei den Frauen lag der Anteil in Berlin jedoch über dem Bundesdurchschnittswert.

Arthrose stand bei den Frauen mit einer 12-Monatsprävalenz von 23 % an dritter Stelle der genannten Krankheiten. Von den über 65-jährigen Frauen waren sogar 46 % der Befragten von Arthrose betroffen (vgl. Abbildung 3.3). Die Prävalenzdaten der Berlinerinnen bewegten sich in etwa auf Bundesniveau.

Bei psychischen Krankheiten stehen **Depressionen** an vorderster Stelle. Acht Prozent aller Frauen und nahezu jeder zwanzigste Mann (5 %) gaben bei der Befragung an, in den letzten 12 Monaten an einer Depression gelitten zu haben. Am häufigsten betroffen waren 45- bis 64-Jährige: jede zehnte Frau und 7 % der Männer. Unabhängig vom Alter berichteten Berlinerinnen und Berliner deutlich häufiger als Frauen und Männer aus dem übrigen Bundesgebiet darüber, dass bei ihnen eine ärztlich diagnostizierte Depression oder depressive Verstimmung bestand.

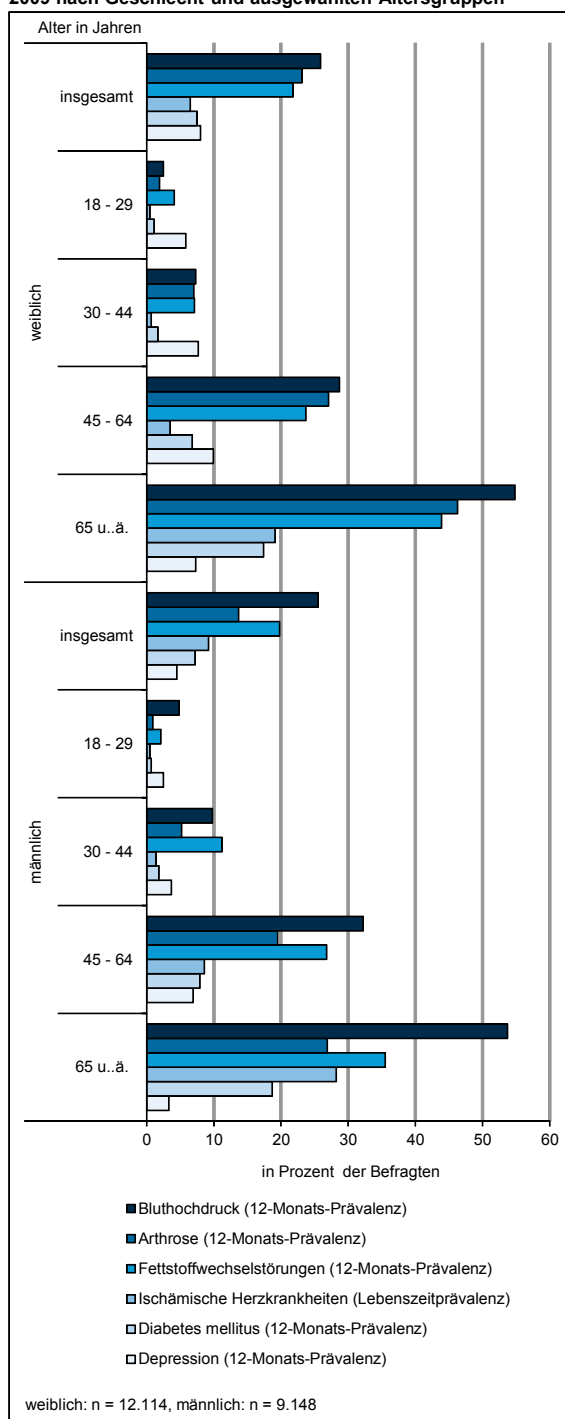
Personen, die der oberen Bildungsgruppe zugeordnet wurden, litten erheblich seltener an Depressionen als Frauen und Männer der unteren und mittleren Bildungsgruppe.

Arzneimittelverordnungen

Chronische Krankheiten und pathologische Befunden, die zum einen als Folge des Alters betrachtet, zum anderen aber auch auf ein langjähriges Einwirken von prädisponierenden Risikofaktoren zurückgeführt werden müssen, bedürfen einer stetigen und zumeist auch medikamentösen Therapie. Wie der Abbildung 3.4 entnommen werden kann, ist eine steigende Tendenz von **Arzneimittelverordnungen** in Zusammenhang mit chronischen Krankheiten bei den meisten der verordnungstärksten Indikationsgruppen (ATC-Gruppen 2. Ebene) zu beobachten.

An der Spitze der verordneten Arzneimittel stehen seit Jahren die zur Behandlung von Bluthochdruck verordneten Angiotensinhemmer (z. B. ACE-Hemmer, Sartane und Angiotensinrezeptorenantagonisten), die alle anderen Arzneimittelgruppen nach Umsatz (in Mio Euro) und DDD (definierte Tagesdosen) übertreffen. So belief sich der Umsatz derartiger zu Lasten der GKV verordneten Präparate im Jahr 2009 in der Bundesrepublik Deutschland auf insgesamt 2.055.500 EUR, das waren immerhin 7,2 % des Gesamtumsatzes (28.499.400 EUR). Bezogen auf Tagesdosen je GKV-Versicherten stellten Angiotensinhemmer einen Anteil von 20 %. Insgesamt lag der Anteil der in Abbildung 3.4 zu Lasten der GKV verordneten sieben ATC-Gruppen, bezogen auf DDD je GKV-Versicherten, bei 55 %².

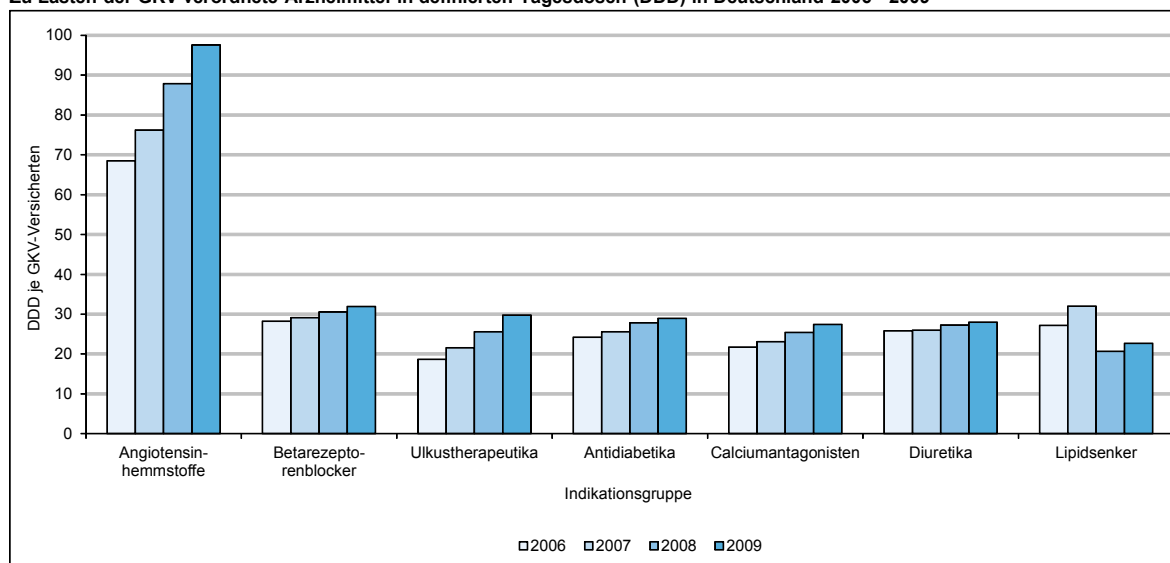
Abbildung 3.3:
Häufig genannte Krankheiten und Befunde in Deutschland
2009 nach Geschlecht und ausgewählten Altersgruppen



(Datenquelle: RKI, GEDA 2009 / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

² vgl. auch <http://www.gbe-bund.de>, Pfad Gesundheitsversorgung / Arzneimittelversorgung, Heil- und Hilfemittel / Tabelle (gestaltbar): Arzneimittel nach ATC-Gruppen, Tagesdosen je Arzt der Fachgruppe.

Abbildung 3.4:
Zu Lasten der GKV verordnete Arzneimittel in definierten Tagesdosen (DDD) in Deutschland 2006 - 2009



(Datenquelle: StBA, GKV-Arzneimittelindex, ATC-Gruppen (2. Ebene) / Darstellung: SenGesUmV - I A -)

3.2 Mortalität und abgeleitete Indikatoren

Angaben zum Mortalitätsgeschehen und davon abgeleitete Indikatoren - wie etwa Lebenserwartung, vorzeitige und vermeidbare Sterblichkeit, Säuglings- und Perinatalsterblichkeit - dienen der Beschreibung der gesundheitlichen und sozialen Lage der Bevölkerung. Die Auswertungen des verfügbaren Datenmaterials geben nützliche Hinweise zu gesundheitsrelevanten Risikofaktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und mögliche Defizite im Gesundheitsversorgungssystem verdeutlichen.

Nachfolgende Ausführungen stellen die (allgemeine) Mortalität und davon abgeleitete Kennziffern dar. Die Kriterien orientieren sich an der Systematik der Indikatoren des Themenfeldes 3 „Gesundheitszustand der Bevölkerung“ des Indikatorenansatzes für die Gesundheitsberichterstattung der Länder. Die *in die Auswertung einbezogenen Daten* betreffen im Wesentlichen den Zeitraum 2007 bis 2009 (zusammengefasst); betrachtet wird die Mortalität in Berlin sowie im regionalen (Bezirke) und überregionalen (Bundesländer) Vergleich. Die jeweiligen Kennziffern für Deutschland insgesamt und die für den Bundesländervergleich verwendeten Daten entstammen dem Informationssystem der Gesundheitsberichterstattung des Bundes^{3 4}.

Ausführliche tabellarische Aufbereitungen zum Berliner Mortalitätsgeschehen und zu den davon abgeleiteten Indikatoren entsprechend dem Indikatorenansatz für die Gesundheitsberichterstattung der Länder stehen in der Berliner Gesundheitsberichterstattung im Internet unter <http://www.gsi-berlin.info/> (Gesundheits- und Sozialinformationssystem - GSI) zum Herunterladen zur Verfügung.

3.2.1 Lebenserwartung

Mit dem Indikator Lebenserwartung werden die mittlere Lebenserwartung (auch durchschnittliche Lebenserwartung genannt), d. h. die Lebenserwartung bei Geburt, und die fernere Lebenserwartung beschrieben, die angibt, wie viele Lebensjahre eine Person im Alter x im Durchschnitt gesehen noch vor sich hat (vgl. auch die Erläuterungen im Anhang).

³ <http://www.gbe-bund.de/>, Recherche nach Themen: Gesundheitsberichterstattung, Themenfeld 3 - Gesundheitszustand der Bevölkerung.

⁴ Vgl. auch: Elisabeth Gaber; Manfred Wildner (2011): Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 52. Robert Koch-Institut, Berlin. Die in diesem Bericht getroffenen Aussagen zur regionalen Sterblichkeit im Bundesländervergleich sind mit den nachfolgenden Ausführungen nur bedingt vergleichbar, z. B. wegen unterschiedlicher Vergleichszeiträume und Todesursachen, konkurrierender Ansätze bei vermeidbarer Sterblichkeit u. a.