

3.1.2 Spezifische Angaben zu Mortalität und Morbidität ausgewählter chronischer Erkrankungen und davon abgeleiteten Indikatoren

Laut Kernaussagen des RKI-Berichts „Daten und Fakten: Ergebnisse der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell 2010“ (GEDA 2010¹) leiden 42 % der Frauen und 35 % der Männer in Deutschland an mindestens einer chronischen Krankheit. Bereits bei den unter 65-Jährigen gab jede fünfte befragte Person an, chronisch krank zu sein.

Chronische Krankheiten sind die häufigsten Ursachen von Frühberentungen. Dabei spielen insbesondere jene Leiden eine Rolle, die nicht unmittelbar lebensbedrohlich sind, aber die Erwerbsfähigkeit erheblich beeinträchtigen. Dazu gehören Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrische Krankheiten und bösartige Neubildungen. Diese vier genannten Krankheitsklassen verursachten im Jahr 2011 in Berlin z. B. mit 3.440 Zugängen 83 % aller Frühberentungen bei den Frauen und mit 2.809 78 % bei den Männern. Des Weiteren waren sie für 82 % aller bei unter 65-jährigen Frauen und für 78 % aller bei gleichaltrigen Männern durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. 125.345 Berlinerinnen und Berliner befanden sich aufgrund derartiger Krankheiten in vollstationärer Behandlung in einem Berliner Krankenhaus, das waren immerhin 34 % aller unter 65-jährigen Behandlungsfälle. Die vier Krankheitsklassen verursachten 1.341 vorzeitige Sterbefälle bei Frauen und 2.159 bei gleichaltrigen Männern. Der Anteil an den im Alter von unter 65 Jahren an Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Krankheiten des Kreislaufsystems, psychiatrischen Krankheiten und an bösartigen Neubildungen gestorbenen Personen an allen vorzeitigen Sterbefällen belief sich bei den Frauen auf 64 % und bei den Männern auf 54 %.

Weiterführende Angaben zu den wichtigsten chronischen Krankheiten wie bösartige Neubildungen und Krankheiten des Kreislaufsystems können den Abschnitten 3.1.2.1 und 3.1.2.2 entnommen werden. Von zunehmender gesundheitspolitischer Bedeutung sind chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus (zählt zu den endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten) und chronische Krankheiten der unteren Atemwege (zählen zu Krankheiten der Atmungsorgane). Ausführliche Angaben dazu vgl. Abschnitte 3.1.2.3 und 3.1.2.4.

3.1.2.1 Bösartige Neubildungen

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Schätzungen der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister e. V. (GEKID) zufolge erkrankten im Jahr 2008 in Deutschland rund 491.700 Personen (228.800 weiblichen und 262.900 männlichen Geschlechts, Datenstand: Dezember 2012) an Krebs (hier: ICD-10 Nrn. C00-C97, ohne ICD-10 Nr. C44, inkl. ICD-10 Nrn. D09.0 und D41.4). Das entsprach einer altersstandardisierten Neuerkrankungsrate von 360 je 100.000 Frauen und von 480 je 100.000 Männer². Das *mittlere Erkrankungsalter* der an Krebs erkrankten Personen lag bei beiden Geschlechtern bei 69 Jahren. In Deutschland müssen mittlerweile jeder zweite Mann und 43 % aller Frauen damit rechnen, im Laufe ihres Lebens an einer bösartigen Neubildung zu erkranken³.

Nach Angaben des Gemeinsamen Krebsregisters (GKR, neue Bundesländer und Berlin) belief sich die Zahl der *für Berlin gemeldeten Neuerkrankungen* im Jahr 2008 auf 9.152 weibliche und 8.716 männliche Fälle (Erfassungsstand 31.12.2012; zu eingeschlossenen und nicht eingeschlossenen ICD-10 Nrn. vgl. auch GSI-Tabelle [3.66-1](#)). Die altersstandardisierte Rate der Frauen bezifferte

Krebsinzidenz der Frauen in Berlin auf Bundesniveau, bei den Männern deutlich darunter.

¹ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

² Vgl. (auch zu methodischen Hinweisen): GEKID-Atlas, www.gekid.de, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

³ Vgl.: RKI und GEKID (2012): Krebs in Deutschland 2007/2008, http://www.rki.de/Krebs/DE/Content/Publikationen/Krebs_in_Deutschland/kid_2012/krebs_in_deutschland_2012.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

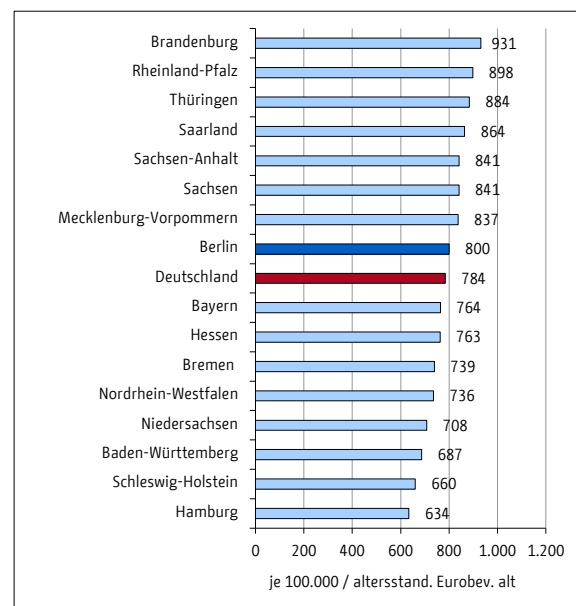
sich auf 356 und die der Männer auf 414 je 100.000. Berlinerinnen hatten somit ein auf Bundesniveau liegendes Erkrankungsrisiko, das der Berliner Männer lag dagegen deutlich darunter. 3.600 bzw. 39 % aller an bösartigen Neubildungen erkrankten Berlinerinnen waren zum Zeitpunkt der Diagnose *jünger als 65 Jahre*. Brustkrebs (1.514 Neuerkrankungen bzw. 43 %) war bei ihnen die mit Abstand häufigste Tumorlokalisation. Lungenkrebs belegte mit 338 Fällen bzw. einem Anteil von 9,4 % Rang zwei. Für unter 65-jährige Berliner Männer wurden 3.253 Krebserkrankungen gemeldet. Das entsprach, gemessen an allen Meldungen, einem Anteil von 37 %. Lungenkrebs (559 Neuerkrankungen bzw. 17,2 %) führte bei ihnen das Erkrankungsspektrum an.

Bösartige Neubildungen verursachen hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 15.466 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Krebspatienten und -patientinnen wurden 5.978 Mio. benötigt⁴. Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den Berliner Krankenhäusern 59.454 Personen mit Wohnsitz Berlin (28.319 weiblichen, 31.135 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) vollstationär behandelt. 12.410 bzw. 44 % der weiblichen und 12.719 bzw. 41 % der männlichen Behandlungsfälle waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Nahezu jeder dritte Behandlungsfall ging bei unter 65-Jährigen zu Lasten von Lungenkrebs (4.464 Fälle) oder Brustkrebs (2.888 Fälle). Diese beiden Tumorlokalisationen waren dann auch der mit Abstand häufigste Grund eines *krebsbedingten Krankenhausaufenthaltes*. Insgesamt gesehen lag die altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-jährigen Behandlungsfälle aus Berlin mit 800 Fällen je 100.000 etwas über dem Bundesdurchschnittswert (784 je 100.000). Am häufigsten befanden sich Personen aus Brandenburg und Rheinland-Pfalz (931 bzw. 898 je 100.000) wegen bösartiger Neubildungen in vollstationärer Therapie. Am seltensten war das bei Personen aus Hamburg und Schleswig-Holstein der Fall (634 bzw. 660 Fälle je 100.000) (vgl. Abb. 3.14).

Abbildung 3.14:
Aus dem Krankenhaus wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



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

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

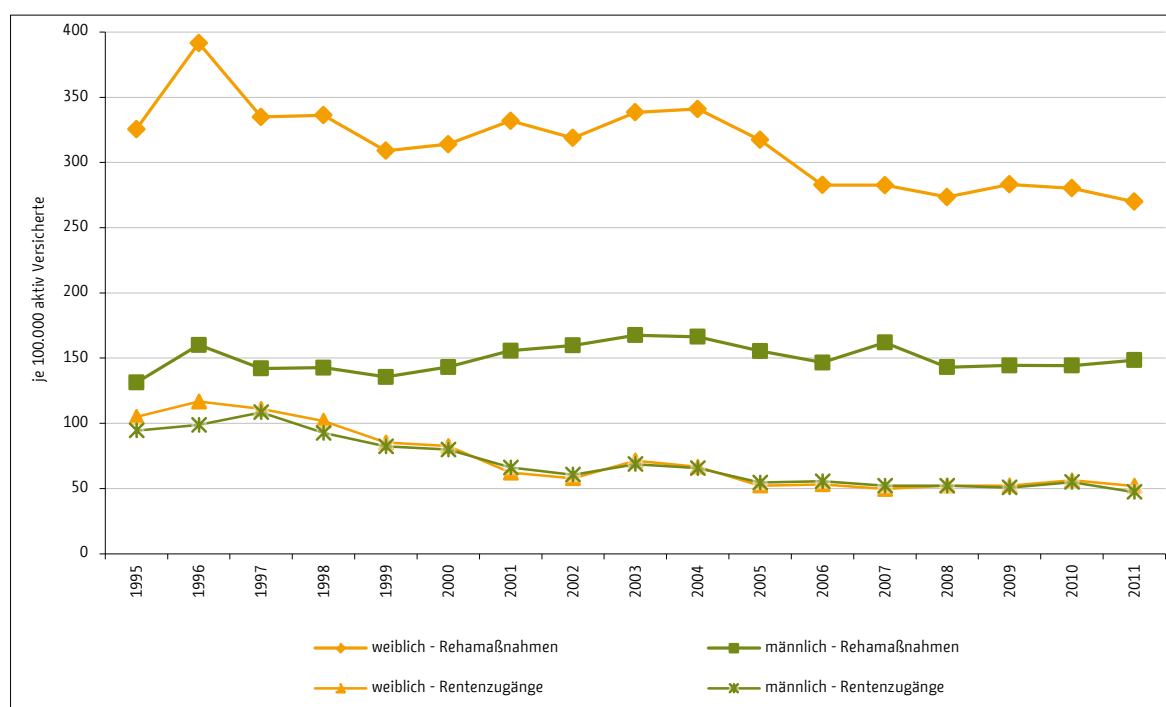
Bösartige Neubildungen gehören bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die am häufigsten eine medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe veranlasst wird. Im Jahr 2011 nahmen 2.208 an Krebs erkrankte *Frauen* und 1.206 *Männer* aus *Berlin* eine derartige Maßnahme in Anspruch. Bundesweit wurden im genannten Jahr für 45.867 weibliche und für 31.801 männliche Personen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erbracht. Bezogen auf je 100.000 aktiv Versicherte nahmen Frauen

⁴ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

aus Berlin genauso häufig wie Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (je 267 je 100.000) eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Demgegenüber hatten Berliner Männer mit 148 je 100.000 einen um 15 % unter dem Bundesdurchschnitt (174 je 100.000) liegenden Wert. Während der seit Mitte der 2000er Jahre bei Berlinerinnen zu beobachtende rückläufige Trend weiter anhielt, lag die *Leistungsanspruchnahme krebsbedingter Rehabilitationsmaßnahmen* bei Berliner Männern in den letzten Jahren auf nahezu gleichbleibendem Niveau. Brustkrebs war bei Berlinerinnen für mehr als die Hälfte aller Fälle (1.214 bzw. 55,0 %) der Anlass für eine Rehabilitationsmaßnahme, jeder zwanzigste Fall ging zu Lasten von Lungenkrebs (104 bzw. 4,7 %). Bei Berliner Männern war dieser mit 107 Fällen insgesamt für etwa jede zehnte krebsbedingte Maßnahme verantwortlich (vgl. Abbildung 3.15 und GSI-Tabelle [3.75-1](#)).

Abbildung 3.15 :

Erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und gesundheitsbedingte Frühberentungen wegen bösartiger Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00- C97) in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht



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

Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit zählen zu den einschneidenden ökonomischen und sozialen Folgen von Krankheiten und körperlichen Behinderungen. Nach psychischen und Verhaltensstörungen sind *bösartige Neubildungen* bei *Berlinerinnen* der zweit- und bei *Männern* nach psychischen und Verhaltensstörungen und Krankheiten des Kreislaufsystems der dritthäufigste Frühberentungsgrund (vgl. GSI-Tabelle [3.39-1](#)).

Krebsbedingte Frühberentungen verursachen eine hohe Zahl an *verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren*. Bundesweit beliefen sich diese z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 59.000 und bei Männern auf 91.000 Jahre. Brustkrebs verursachte allein bei den Frauen rund 19.000, Lungenkrebs bei den Männern etwa 15.000 verlorene Erwerbsjahre⁵.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 426 Berlinerinnen und 385 Berliner Männer wegen einer bösartigen Neubildung frühberentet. Das entsprach einer *Frühberentungsrate* von 52,1 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 47,4 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (7.137 Zugänge bzw. 42,2 je 100.000) ein um fast

Frühberentungen wegen Krebs in Berlin bei Frauen über und bei Männern unter Bundesniveau.

⁵ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

ein Viertel höher liegendes Frühberentungsrisiko. Versus lag es bei den Berliner Männern mehr als ein Fünftel unter dem Bundesniveau (10.806 Zugänge bzw. 60,8 je 100.000 aktiv Versicherte). Der bei beiden Geschlechtern in Berlin zu beobachtende Rückgang der Frühberentungsrate hielt, wenn auch in den letzten Jahren nicht mehr so intensiv, weiter an. Männer wiesen im Jahr 2011 den bis dahin niedrigsten, Frauen nach 2007 auf den zweitniedrigsten Wert auf (vgl. GSI-Tabelle [3.66-1](#)). Brustkrebs war im Jahr 2011 bei den Berliner Frauen (127 Fälle bzw. 29,8 %) der häufigste Anlass einer vorzeitigen Berentung. Bei 50 bzw. 11,7 % der an Krebs erkrankten Frauen war Lungenkrebs der Berentungsgrund. Bei den Berliner Männern war dieser mit 90 Fällen für fast jede vierte (23,4 %) krebsbedingte Frühberentung verantwortlich (vgl. GSI-Tabelle [3.76-1](#)).

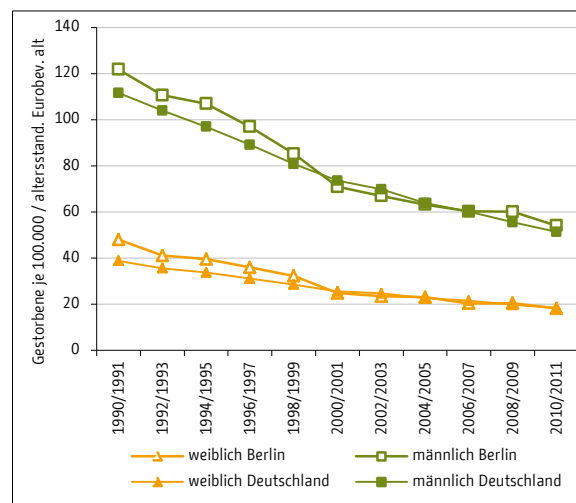
Mortalität

In *Berlin* belief sich die Zahl der an bösartigen Neubildungen gestorbenen Personen auf insgesamt 8.770, von denen 4.110 weiblichen und 4.660 männlichen Geschlechts waren. Gemessen an der Gesamtzahl aller Gestorbenen hat sich der *Anteil der krebsbedingten Mortalität* seit Beginn der neunziger Jahre kontinuierlich erhöht. Im Jahr 1991 bezifferte er sich in Berlin auf insgesamt 20,6 %, 2011 lag er bei 27,9 %. Dagegen reduzierte sich die *altersstandardisierte Krebssterblichkeit* der Berlinerinnen von 1991 (179 Gestorbene je 100.000) bis 2011 (135 je 100.000) um 25 % und bei den Männern verringerte sich die Sterberate in Berlin im genannten Zeitraum um 26 % (1991: 271, 2011: 201 je 100.000) (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Anteil krebsbedingter an vorzeitiger Mortalität steigt, vorzeitige Krebssterblichkeit rückläufig.

Bei *unter 65-Jährigen* dominieren *krebsbedingte Sterbefälle* das Todesursachenspektrum. Bundesweit starben im Jahr 2011 29.270 *Frauen* (davon 996 aus Berlin) und 23.557 *Männer* (davon 1.206 aus Berlin) an bösartigen Neubildungen. Der *Anteil der an Krebs vorzeitig Gestorbenen* nahm, gemessen an allen im Alter von unter 65 Jahren Gestorbenen, in Berlin seit Beginn der neunziger Jahre erheblich zu. Bei den Frauen von 36,5 % im Jahr 1991 auf 47,4 % im Jahr 2011. Das bedeutet, dass derzeit nahezu jede zweite unter 65-jährig gestorbene Berlinerinnen an einer bösartigen Neubildung starb. Bei den Berliner Männern erhöhte sich der Anteil von 22,7 % auf 30 %. Die *altersstandardisierte vorzeitige Krebssterblichkeit* der Berlinerinnen reduzierte sich von 1991 (82 je 100.000) bis 2011 (59 je 100.000) um 29 %. Bundesweit fiel der Rückgang der Sterblichkeit mit minus 22 % erheblich schwächer aus (1991: 74, 2011: 57 Gestorbene je 100.000). Unter 65-jährige Männer profitierten stärker als gleichaltrige Frauen von dem Rückgang des Sterberisikos. In Berlin ging dieses um 30 % (1991: 105, 2011: 73 Gestorbene je 100.000) und bundesweit (1991: 106, 2011: 72 Gestorbene je 100.000) um 32 % zurück. Während die Sterberate der Berlinerinnen in den letzten Jahren auf Bundesniveau lag, hatten Berliner Männer gegenüber unter 65-jährigen aus dem übrigen Bundesgebiet noch leicht darüber liegende Werte (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#) und Abbildung 3.16).

Abbildung 3.16:
Vorzeitige Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen (ICD-10 Nrn. C00-C97) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

Wie bei den Männern rangiert Lungenkrebs mittlerweile auch bei den unter 65-jährigen Berliner Frauen (seit 2008 sogar noch vor Brustkrebs) auf Platz eins des *Todesursachenspektrums nach Einzeldiagnosen*. Bei unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle an einigen Tumorlokalisationen in bestimmten Altersgruppen

per definitionem zu den sogenannten *vermeidbaren Todesfällen*. Neben Lungenkrebs (Alter: 15 - 64) und Brustkrebs (Alter: 25 - 64) gehören auch Gebärmutterhalskrebs (Alter: 15 - 64), bösartige Neubildungen des Corpus uteri (Alter: 15 - 54), Hodenkrebs (Alter: 5 - 64), Morbus-Hodgkin (Alter: 5 - 64) und Leukämien (Alter: 0 - 44) dazu. Der Definition folgend hätten im Jahr 2011 bei unter 65-jährigen Berlinerinnen 509 Sterbefälle vermieden werden können, das waren immerhin 51 % aller an Krebs gestorbenen unter 65-jährigen Frauen. Bei den Männern galten 405 bzw. 34 % aller Krebssterbefälle in diesem Alter als vermeidbar (zu vermeidbaren Sterbefällen und deren Interventionsmaßnahmen vgl. Kapitel 3.1.1.3).

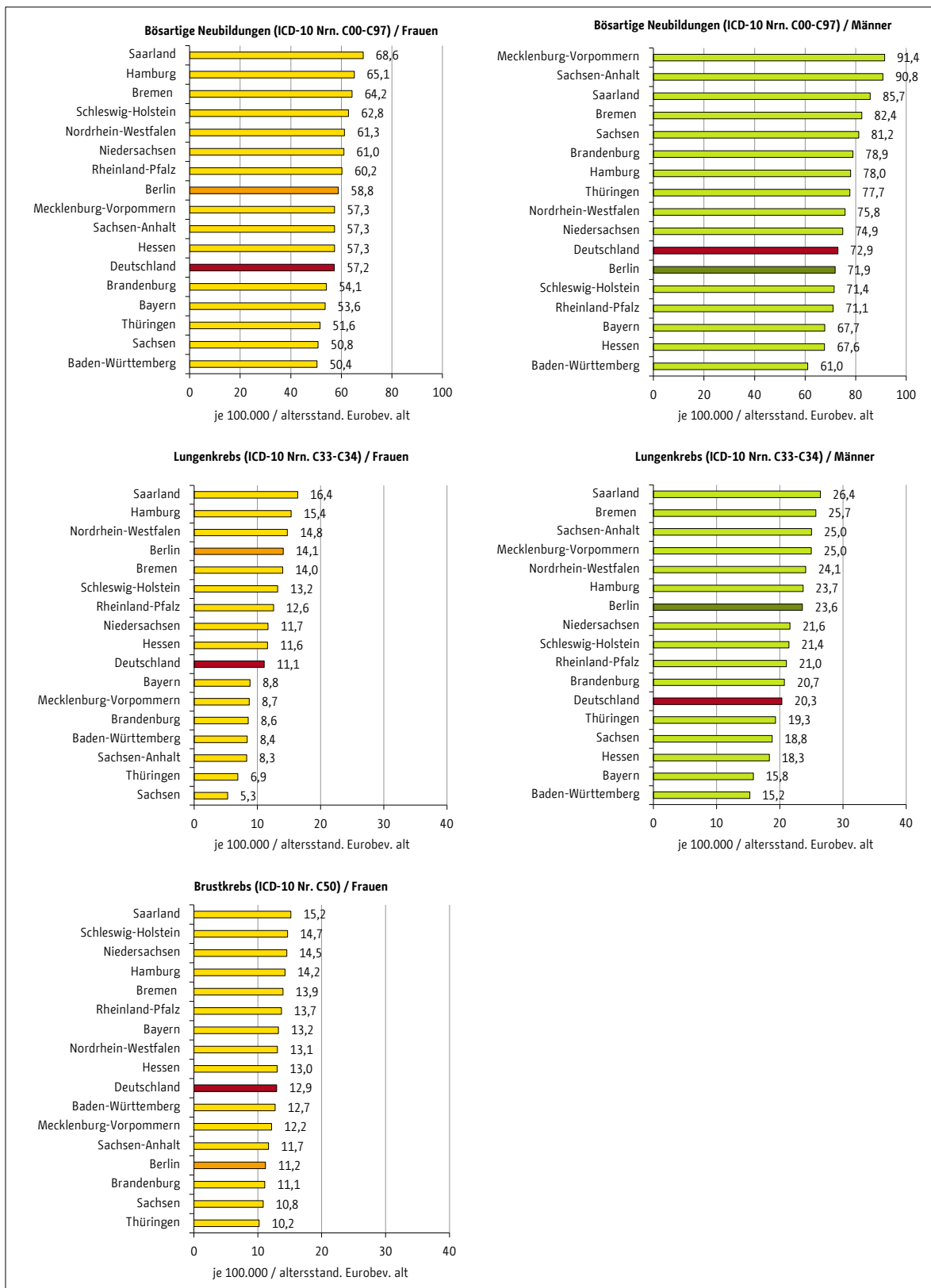
Bei der *vorzeitigen Krebssterblichkeit auf Länderebene* belegte Berlin in den letzten Jahren (2009/2011) bei den Frauen einen mittleren Rangplatz (59 je 100.000 bzw. achthöchster Wert), der sich knapp über dem Bundesdurchschnitt (57 Gestorbene je 100.000) bewegte. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an Krebs zu sterben, hatten Frauen aus dem Saarland und aus Hamburg. Dort lagen die Sterberaten im Durchschnitt 29 % über denen der Frauen aus Baden-Württemberg und Sachsen, die das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Auffällig war, dass in allen drei Stadtstaaten (Berlin, Hamburg, Bremen) Frauen über dem Bundesniveau liegende Sterberaten hatten. Bei den Männern gehörte Berlin (72 Gestorbene je 100.000 bzw. sechsniedrigster Wert) zu den Ländern mit einer leicht unter dem Bundesdurchschnitt (73 je 100.000) liegenden vorzeitigen Krebssterblichkeit. Die mit Abstand höchsten Werte wurden in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt beobachtet. In den genannten Ländern lag das Sterbeniveau 50 % über dem der Männer aus Baden-Württemberg, wo Männer das geringste Risiko hatten, im Alter von unter 65 Jahren an einer bösartigen Neubildung zu sterben.

Berlin gehört zu den Bundesländern mit der höchsten Lungenkrebssterblichkeit.

Bezüglich der auf Länderebene zahlenmäßig häufigsten *Krebssterbefälle nach Tumorlokalisationen* fiel auf, dass Frauen aus Berlin mit einer Sterberate von 14 je 100.000 die vierthöchste *Lungenkrebssterblichkeit* hatten. Höher war diese nur im Saarland, in Hamburg und in Nordrhein-Westfalen. Auffällig ist wieder das in Stadtstaaten über dem Bundesniveau liegende Sterberisiko. Nach wie vor weisen Frauen aus den neuen Bundesländern die bundesweit niedrigste Lungenkrebssterblichkeit auf. Bei den Männern gehörte Berlin (24 Gestorbene je 100.000 bzw. siebthöchster Wert) ebenfalls zu den Bundesländern mit einer deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterberate. Das war auch in den anderen zwei Stadtstaaten der Fall. Anders als bei der Lungenkrebssterblichkeit zählte Berlin hinsichtlich der *Brustkrebssterblichkeit* (11 Gestorbene je 100.000 bzw. viertniedrigster Wert) zu den Ländern, in denen Frauen das bundesweit niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Neben Lungenkrebs wurde bei Frauen aus den neuen Bundesländern auch für Brustkrebs eine zum Teil deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Sterberate beobachtet. Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Krebssterberaten nach Bundesländern können Abbildung 3.17 entnommen werden.

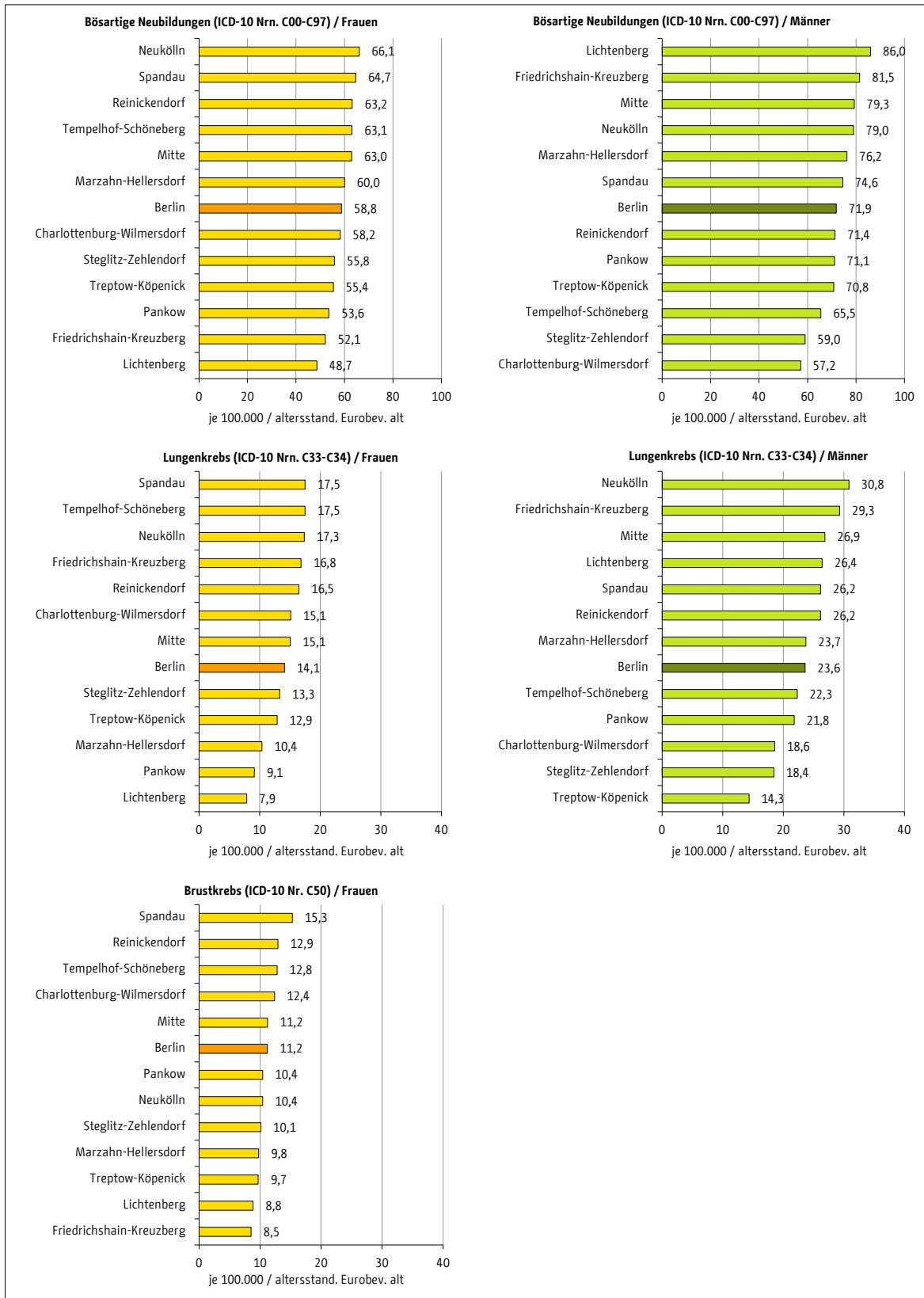
Die *vorzeitige Krebssterblichkeit auf Bezirksebene* unterliegt einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei *Frauen* aus Neukölln (66 Gestorbene je 100.000), Spandau (65) und Reinickendorf (63) die höchsten Krebssterberaten ermittelt; das Sterberisiko lag in diesen Bezirken in etwa auf dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Lichtenberg (49 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg (52) und Pankow (54) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf. Diese bewegten sich in den genannten Bezirken wiederum auf dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern, für die die niedrigsten Werte ermittelt wurden. Anders als bei Frauen, hatten *Männer* aus dem Bezirk Lichtenberg (86 Gestorbene je 100.000), gefolgt von unter 65-Jährigen aus Friedrichshain-Kreuzberg (82) und Mitte (79) die höchste Krebssterblichkeit von allen Bezirken. Am niedrigsten fielen die Raten in Charlottenburg-Wilmersdorf (57 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf (59) und Tempelhof-Schöneberg (66) aus. Im überregionalen Vergleich blieben die Werte der aufgezählten Berliner Bezirke aber jeweils unter denen der Bundesländer mit den höchsten bzw. den bundesweit niedrigsten vorzeitigen Sterberaten.

Abbildung 3.17:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an bösartigen Neubildungen, darunter an Lungenkrebs und Brustkrebs in Deutschland 2009 - 2011
(zusammengefasst) nach Bundesländern



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

Abbildung 3.18:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an bösartigen Neubildungen, darunter an Lungenkrebs und Brustkrebs in Berlin 2009 - 2011
(zusammengefasst) nach Bezirken



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

Bei Betrachtung der zahlenmäßig häufigsten *Krebssterbefälle nach Tumorlokalisationen* wurde bei Frauen aus Spandau, Tempelhof-Schöneberg (jeweils 18 je 100.000), Neukölln und Friedrichshain-Kreuzberg (je 17) die höchste *Lungenkrebssterblichkeit* beobachtet, die dort sogar noch erheblich über der der Länder mit den bundesweit höchsten Sterberaten lag. Frauen aus Lichtenberg (8 je 100.000), gefolgt von Pankow (9) und Marzahn-Hellersdorf (10) hatten im Bezirksvergleich das niedrigste Risiko, an einer bösartigen Neubildung der Lunge zu sterben. Die errechneten Mortalitätsraten lagen jedoch immer noch über denen der Bundesländer mit den günstigsten Werten. Von allen Berliner Bezirken verstarben Männer aus Neukölln (31 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg (29) und Mitte (27) am häufigsten an Lungenkrebs. Die Sterblichkeit übertraf dort bei Weitem noch die der Männer aus Bundesländern mit dem höchsten Sterberisiko. Die berlinweit niedrigste Lungenkrebssterblichkeit konnten dagegen Männer aus Treptow-Köpenick (14 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf (18) und Charlottenburg-Wilmersdorf (19) aufweisen. In Treptow-Köpenick lag sie noch etwas unter dem für Baden-Württemberg (15 Gestorbene je 100.000) ermittelten bundesweit niedrigsten Wert. In Bezug auf die *Brustkrebssterblichkeit* hatten Frauen aus Spandau mit einem Wert von 15 Gestorbenen je 100.000, der auch dem auf Länderebene ermittelten Höchstwert entsprach, gefolgt von Frauen aus Reinickendorf und Tempelhof-Schöneberg (je 13) das höchste Sterberisiko. Am niedrigsten fiel dieses in Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (je 9 je 100.000) aus. In den fünf Berliner Bezirken mit der niedrigsten Sterblichkeit lagen die Raten sogar noch unter dem auf Länderebene für Thüringen errechneten bundesweit günstigsten Wert.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Krebssterberaten in den Berliner Bezirken können Abbildung 3.18 entnommen werden.

3.1.2.2 Krankheiten des Kreislaufsystems

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00-I99), zu denen Herzinsuffizienz, ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Krankheiten zählen, stellen die zahlenmäßig häufigsten (chronischen) Krankheiten und sind in Deutschland Todesursache Nummer eins und Nummer zwei bei unter 65-Jährigen.

Obwohl es eine Vielzahl von Krankheiten des Kreislaufsystems gibt, stellen nur relativ wenige Erkrankungen den größten Anteil. Bluthochdruck ist die mit Abstand häufigste Erkrankung und gilt neben zunehmendem Alter (Verdopplung der Schlaganfallrate pro Dekade ab dem 55. Lebensjahr) als einer der Hauptrisikofaktoren für einen Schlaganfall⁶.

Nach Angaben der Berliner Schlaganfallallianz⁷ erleiden per anno etwa 11.500 Berlinerinnen und Berliner einen Schlaganfall. In den meisten Fällen handelt es sich um Hirninfarkte und transitorische ischämische Attacken (TIA). In den Berliner Krankenhäusern wurden im Jahr 2011 8.706 Personen aus Berlin wegen eines akuten ischämischen Insults vollstationär behandelt. Jeder fünfte (insgesamt 1.758) von ihnen war jünger als 65 Jahre. Als zweithäufigste Erkrankung rangiert die koronare Herzkrankheit, allen voran der akute Myokardinfarkt. Rauchen, Stress und metabolisches Syndrom zählen bei diesem Krankheitsbild zu den wichtigsten prädisponierenden Risikofaktoren. Schätzungsweise erleiden jährlich über 10.000 Berliner und Berlinerinnen einen akuten Myokardinfarkt. Im Jahr 2011 wurden 7.669 Infarktpatienten und -patientinnen aus Berlin in einem Berliner Krankenhaus behandelt. Jeder dritte Behandlungsfall (insgesamt 2.605) hatte das 65. Lebensjahr noch nicht überschritten.

Von allen Krankheitshauptgruppen verursachen Krankheiten des Kreislaufsystems die höchsten direkten und indirekten Krankheitskosten. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 36.973 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Patienten

⁶ Vgl. Bundesministerium für Bildung und Forschung (2003): Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen. Newsletter: Thema Schlaganfall, im Internet unter http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/_media/03_NL_Schlaganfall.pdf, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

⁷ Vgl. <http://schlaganfallallianz.de/>, zuletzt aufgerufen am 23.07.2013.

und Patientinnen wurden 10.701 Mio. EUR benötigt. Im Vergleich zu den Kosten, die bösartige Neubildungen im Jahr 2008 verursachten, beliefen sich die für Krankheiten des Kreislaufsystems auf das Doppelte⁸.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

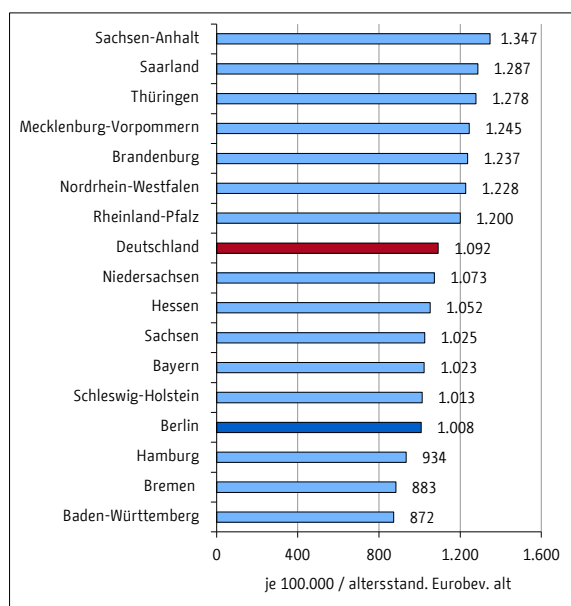
Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 101.122 Personen aus Berlin (45.878 weiblichen, 55.244 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen Krankheiten des Kreislaufsystems vollstationär behandelt. 10.805 bzw. 24 % der weiblichen und 20.709 bzw. 38 % der männlichen Behandlungsfälle waren jünger als

Unter 65-Jährige wegen Herz-Kreislaufkrankheiten stationär Behandelte in Berlin unter Bundesniveau.

Abbildung 3.19:

Aus dem Krankenhaus wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00-I99) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



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

65 Jahre. Nahezu jeder dritte Behandlungsfall (9.909) ging bei unter 65-Jährigen zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten. Von diesen waren Angina pectoris (3.736 Fälle), chronisch ischämische Herzkrankheit (3.489) und akuter Myokardinfarkt (2.605) die Haupteinweisungsgründe. Die auf alle Herz-Kreislauf-Erkrankungen bezogene altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-Jährigen aus Berlin lag mit 1.008 Fällen je 100.000 deutlich unter dem Bundesdurchschnitt (1.092 je 100.000). Berlinerinnen und Berliner wiesen im *Bundesländervergleich* die viertniedrigste Behandlungsrate auf. Am häufigsten befanden sich Personen aus Sachsen-Anhalt und aus dem Saarland (1.347 bzw. 1.287 je 100.000) wegen Krankheiten des Kreislaufsystems im Krankenhaus. Am seltensten war das in Baden-Württemberg und in Bremen der Fall (872 bzw. 883 Fälle je 100.000) (vgl. Abb. 3.19).

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

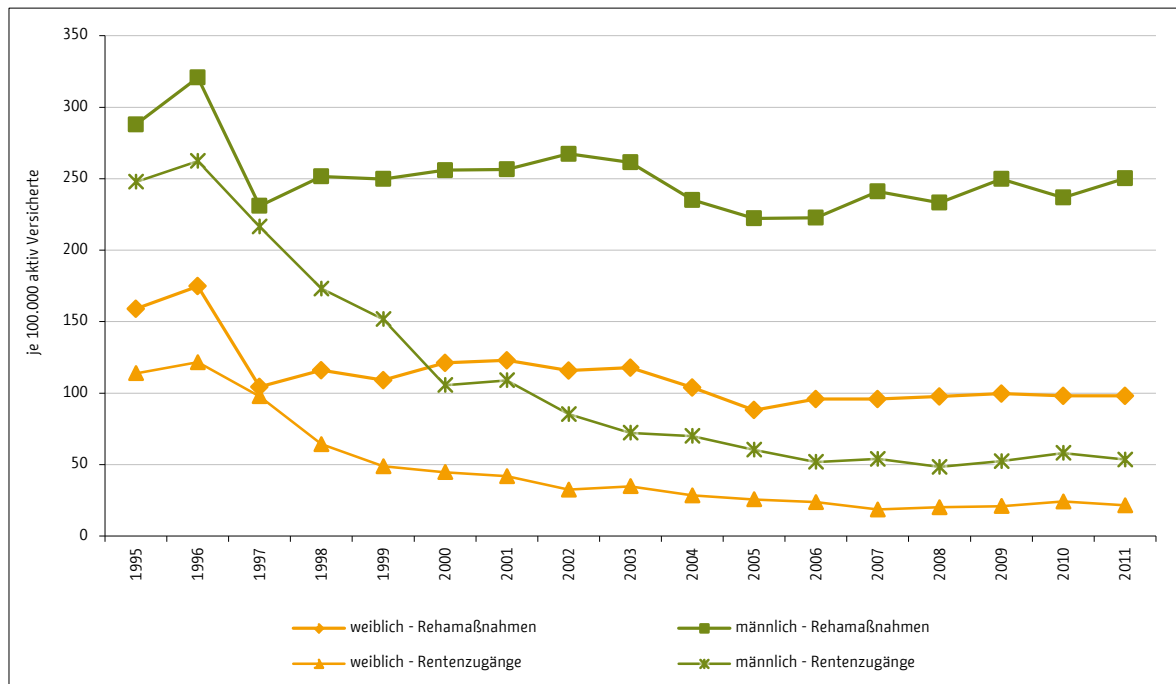
Krankheiten des Kreislaufsystems gehören bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die am häufigsten eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Aufgrund von Herz-Kreislauf-Erkrankungen nahmen im Jahr 2011 802 Frauen und 2.033 Männer aus Berlin eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. *Bundesweit* wurden im genannten Jahr für 20.331 weibliche und für 58.724 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Bezogen auf 98 je 100.000 aktiv Versicherte nahmen Frauen aus Berlin deutlich seltener als Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (118 je 100.000) eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Berliner Männer hatten mit 250 je 100.000 ebenfalls einen weit unter dem Bundesdurchschnitt (321 je 100.000) liegenden Wert. Die Rehabilitationsrate bei Berlinerinnen blieb in den letzten Jahren nahezu unverändert. Demgegenüber nahm die Inanspruchnahme bei den Berliner Männern im Vergleich zu früheren Jahren wieder etwas zu

Krankheiten des Kreislaufsystems bei unter 65-Jährigen einer der häufigsten Reha-Gründe.

⁸ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

(vgl. Abbildung 3.20). Nahezu zwei Drittel der bei Berliner Frauen infolge von Krankheiten des Kreislaufsystems durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen gingen zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten (256 Fälle bzw. 32 %) und zerebrovaskulären Krankheiten (227 bzw. 28 %). Bei den Männern waren ischämische Herzkrankheiten (1.119 Fälle bzw. 55,0 %) sogar für mehr als die Hälfte und zerebrovaskuläre Krankheiten (365 bzw. 18 %) für fast jede fünfte Rehabilitationsmaßnahme verantwortlich (vgl. GSI-Tabelle [3.93-1](#)).

Abbildung 3.20 :
Wegen Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. I00- I99) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 nach Geschlecht



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

Bei Berlinerinnen sind Krankheiten des Kreislaufsystems derzeit der fünfthäufigste und bei den Berliner Männern der zweithäufigste Grund für Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (vgl. GSI-Tabelle [3.39-1](#)).

Frühberentungen infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen eine hohe Zahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Bundesweit beliefen sich diese z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 85.000 und bei Männern auf 298.000 Jahre. Frühberentungen infolge ischämischer Herzkrankheiten verursachten bei den Frauen rund 15.000 und zerebrovaskuläre Krankheiten sogar 24.000 verlorene Erwerbsjahre. Bei den Männern verursachten die genannten Krankheiten 108.000 bzw. 58.000 verlorene Erwerbsjahre⁹.

Frühberentungsrisiko in Berlin bei beiden Geschlechtern unter Bundesdurchschnitt.

Insgesamt wurden im Jahr 2011 176 Berlinerinnen und 435 Berliner Männer wegen Krankheiten des Kreislaufsystems frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 21,5 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 53,5 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (4.795 Zugänge bzw. 27,9 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um fast ein Viertel niedriger liegendes Frühberentungsrisiko. Auch bei den Berliner Männern lag es 22 % unter Bundesniveau (12.524 Zugänge bzw. 68,5 je 100.000 aktiv Versicherte). Insgesamt gesehen hat sich die Frühberentungsrate in Berlin bei beiden Geschlechtern seit Mitte der 2000er Jahre im Durch-

⁹ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

schnitt gesehen nicht wesentlich verändert (vgl. Abbildung 3.20). Zerebrovaskuläre Krankheiten waren im Jahr 2011 in Berlin bei beiden Geschlechtern (Frauen: 64 bzw. 36,4 %, Männer: 149 bzw. 34,3 %) der häufigste Anlass einer vorzeitigen Berentung. Zu Lasten von ischämischen Herzkrankheiten gingen bei den Berlinerinnen insgesamt 16 bzw. 9,1 % und bei den Männern 103 bzw. 23,7 % aller im Jahr 2011 in Berlin aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems erfolgten Frühberentungen (vgl. GSI-Tabelle [3.94-1](#)).

Mortalität

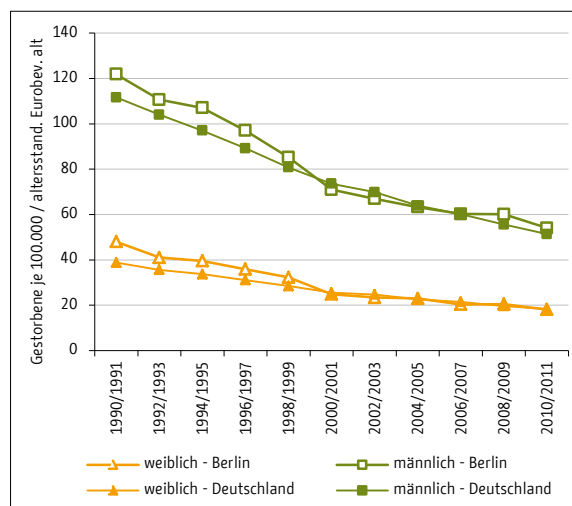
In Berlin belief sich die Zahl der an Herz-Kreislaufkrankheiten gestorbenen Personen auf insgesamt 10.588, von denen 6.160 weiblichen und 4.428 männlichen Geschlechts waren. Gemessen an der Gesamtzahl aller Gestorbenen hat sich der Anteil der an Krankheiten des Kreislaufsystems Gestorbenen seit Beginn der neunziger Jahre kontinuierlich verringert. Im Jahr 1991 belief er sich in Berlin auf insgesamt 48,6 %, 2011 lag er bei 33,7 %. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen reduzierte sich von 1991 (336 Gestorbene je 100.000) bis 2011 (141 je 100.000) um 58 % und damit stärker als im Bundesdurchschnitt (minus 48 %, 1991: 317, 2011: 164 je 100.000). Bei den Männern verringerte sich das Sterberisiko in Berlin im genannten Zeitraum sogar um 61 % (1991: 511, 2011: 197 je 100.000 / deutschlandweit: minus 54 %, 1991: 500, 2011: 231 je 100.000). Sowohl Frauen als auch Männer aus Berlin haben seit 1997 ein unter dem Bundesdurchschnitt liegendes Sterberisiko (vgl. GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Die vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems nahm, gemessen an allen im Alter von unter 65 Jahren Gestorbenen, in Berlin von 1991 bis 2011 ebenfalls ab. Bei den Frauen verringerte sich der Anteil von 20,8 % auf 14,5 % und bei den Männern von 26,0 % auf 20,3 %. Bundesweit starben im Jahr 2011 7.422 Frauen (davon 304 aus Berlin) und 20.397 Männer (da-

Vorzeitige Herz-Kreislaufsterblichkeit bei beiden Geschlechtern stark rückläufig.

Abbildung 3.21:

Vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD-10 Nrn. 100-199) in Berlin und Deutschland 1990 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

von 813 aus Berlin) im Alter von unter 65 Jahren an Krankheiten des Kreislaufsystems. Die altersstandardisierte vorzeitige Herz-Kreislaufsterblichkeit der Frauen aus Berlin reduzierte sich von 1991 (48 je 100.000) bis 2011 (18 je 100.000) um 63 %. Bundesweit fiel der Rückgang der Sterblichkeit mit 53 % deutlich schwächer aus (1991: 39, 2011: 18 Gestorbene je 100.000). Unter 65-jährige Berliner Männer profitierten ähnlich stark wie gleichaltrige Berlinerinnen von der Reduktion des Sterberisikos. In Berlin ging es um 60 % (1991: 122, 2011: 49 Gestorbene je 100.000) und damit etwas stärker als in Deutschland insgesamt (minus 56 % / 1991: 112, 2011: 50 Gestorbene je 100.000) zurück. Sowohl in Berlin als auch bundesweit wurden im Jahr 2011 bei beiden Geschlechtern die bis dahin niedrigsten Sterbeziffern ermittelt (vgl. Abbildung 3.21 und GSI-Tabelle [3.95z-1](#)).

Zwei Drittel der Herz-Kreislauf-Sterbefälle unter 65-Jähriger wären vermeidbar gewesen.

Bezüglich des Todesursachenspektrums nach Einzeldiagnosen rangierte der akute Myokardinfarkt bei unter 65-jährigen Berlinerinnen mit 62 Todesfällen und einem Anteil von 2,9 % auf Rang vier; eine weitere Herz-Kreislauf-Krankheit befand sich bei ihnen nicht unter den zehn häufigsten Todesursachen. Bei den Berliner Männern belegte Herzinfarkt (249 Fälle bzw. 6,2 %) Rang drei, die chronisch ischämische Herzkrankheit (111 Fälle bzw. 2,9 %) Rang fünf und Herzinsuffizienz (85 Fälle bzw. 2,1 %) Rang zehn (vgl. GSI-Tabelle [3.8-1](#)). Bei unter 65-Jährigen zählen Sterbefälle an einigen Krankheiten

des Kreislaufsystems in bestimmten Altersgruppen per definitionem zu den sogenannten vermeidbaren Todesfällen. Dazu gehören: Ischämische Herzkrankheiten (Alter: 35 - 64), Hochdruck- und zerebrovaskuläre Krankheiten (Alter: 35 - 64) sowie chronische rheumatische Herzkrankheiten (Alter: 5 - 64). Der Definition zufolge hätten im Jahr 2011 bei unter 65-jährigen Berlinerinnen 184 Sterbefälle, das waren immerhin 61 % aller an Krankheiten des Kreislaufsystems gestorbenen unter 65-jährigen Frauen, vermieden werden können. Bei den Männern galten sogar 541 bzw. 67% aller Sterbefälle in diesem Alter als vermeidbar (zu vermeidbaren Sterbefällen und deren Interventionsmaßnahmen vgl. Kapitel 3.1.1.3).

Herz-Kreislauf-Sterblichkeit der Frauen auf und die der Männer leicht über Bundesniveau.

Bei der *vorzeitigen Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems auf Länderebene* wies Berlin in den letzten Jahren (2009/2011) mit 19 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die sechsniedrigste Rate auf und lag damit auf Bundesniveau. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben, hatten Frauen aus Bremen, gefolgt von Frauen aus dem Saarland und aus Sachsen-Anhalt. Dort lagen die Sterberaten im Durchschnitt zwei Drittel über denen der Frauen aus Baden-Württemberg, Hessen und Hamburg, wo Frauen das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Bis auf Sachsen hatten Frauen aus den anderen neuen Bundesländern eine über dem Bundesniveau liegende Mortalität. Demgegenüber gehört Berlin bei den Männern mit 57 Gestorbenen je 100.000, das entsprach Rang neun, zu den Ländern mit über dem Bundesdurchschnitt (53 je 100.000) liegenden Werten. Das mit Abstand höchste Sterberisiko wurde für Männer aus Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern ermittelt. In den genannten Ländern lag das Sterbeniveau 66 % über dem der Männer aus Hamburg, Baden-Württemberg und Bayern, den Bundesländern, in denen Männer das geringste Risiko hatten, im Alter von unter 65 Jahren an einer Herz-Kreislauf-Erkrankung zu sterben. Männer aus den neuen Bundesländern hatten durchweg eine weit über dem Bundesniveau liegende Mortalität (vgl. Abbildung 3.22).

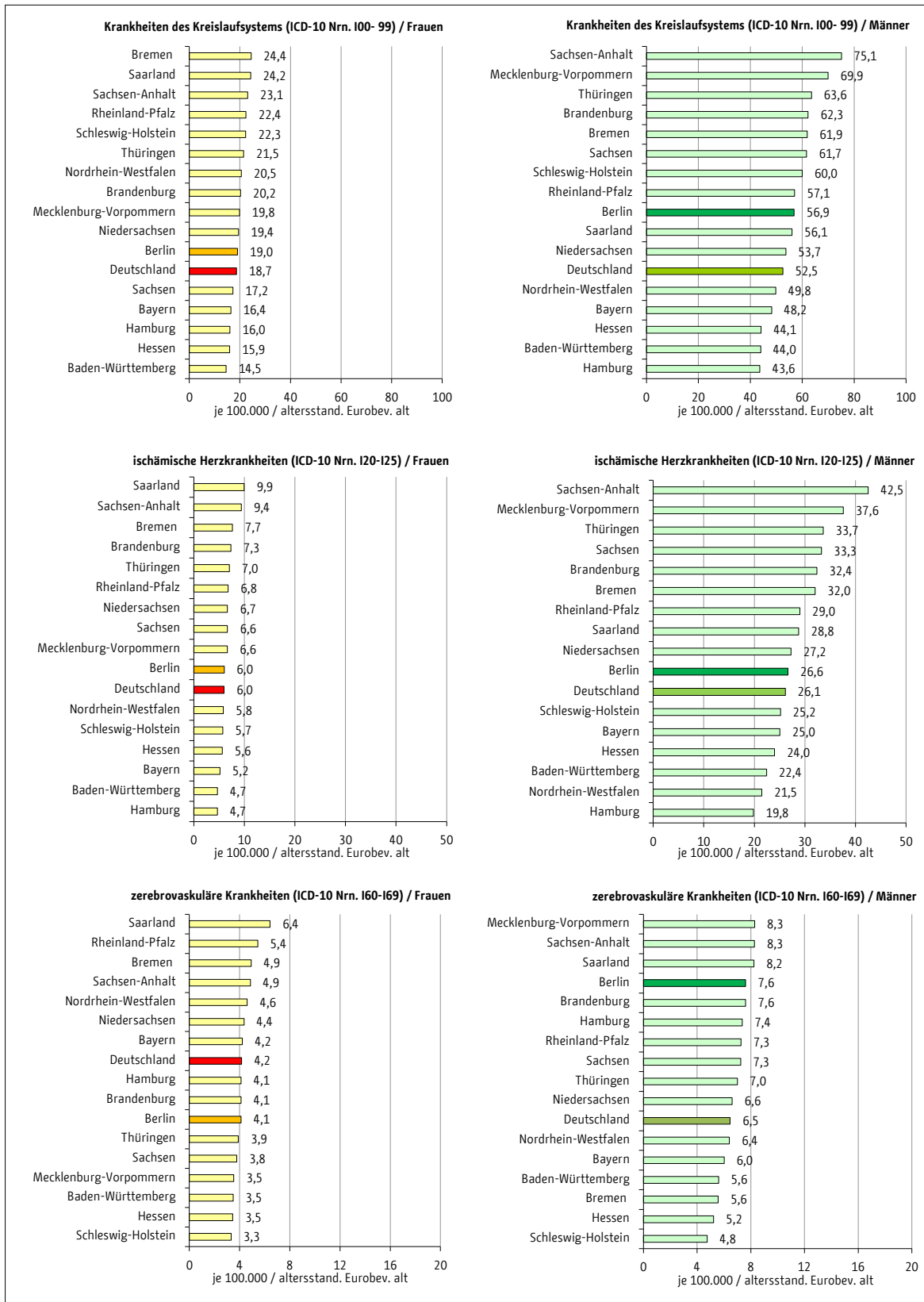
Männer aus Berlin sterben häufiger an Schlaganfall als Männer aus dem gesamten Bundesgebiet.

Bezogen auf die zahlenmäßig häufigsten *Einzel Todesursachen* wurde für Berliner Frauen hinsichtlich der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten die siebtniedrigste Rate auf Länderebene ermittelt. Gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet konnte kein erhöhtes Risiko festgestellt werden, durchweg erhöht war dieses jedoch bei Frauen aus den neuen Bundesländern. Berliner Männer wiesen ebenfalls einen Wert auf, der sich auf Bundesniveau bewegte. Anders als bei der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten: Mit der bundesweit vierthöchsten Rate gehörte Berlin hier zu den Ländern mit einer erhöhten Schlaganfallsterblichkeit. Demgegenüber lag diese bei den Berlinerinnen mit dem siebtniedrigsten Wert etwas unter dem Bundesdurchschnitt. Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bundesländern können Abbildung 3.22 entnommen werden.

Auf *Bezirksebene* unterliegt die *vorzeitige Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei *Frauen* aus Spandau, Mitte (jeweils 23 Gestorbene je 100.000) und Neukölln (22) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko lag in diesen Bezirken etwas unter dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Charlottenburg-Wilmersdorf (13 bzw. 15 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Sterberaten auf. Aber auch dort bewegten sich diese noch unter dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern, für die die niedrigsten Werte ermittelt wurden. Bei den *Männern* wurde die höchste Sterblichkeit in Mitte (73 je 100.000), gefolgt von unter 65-jährigen aus Friedrichshain-Kreuzberg (69) und Neukölln (67) beobachtet. Am niedrigsten fielen die Raten in Charlottenburg-Wilmersdorf (43 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 46) aus. Im überregionalen Vergleich zu Bundesländern mit den höchsten vs. zu Ländern mit den bundesweit niedrigsten Sterberaten lagen diese in den genannten Berliner Bezirken jeweils darunter (vgl. Abbildungen 3.22 und 3.23).

Abbildung 3.22:

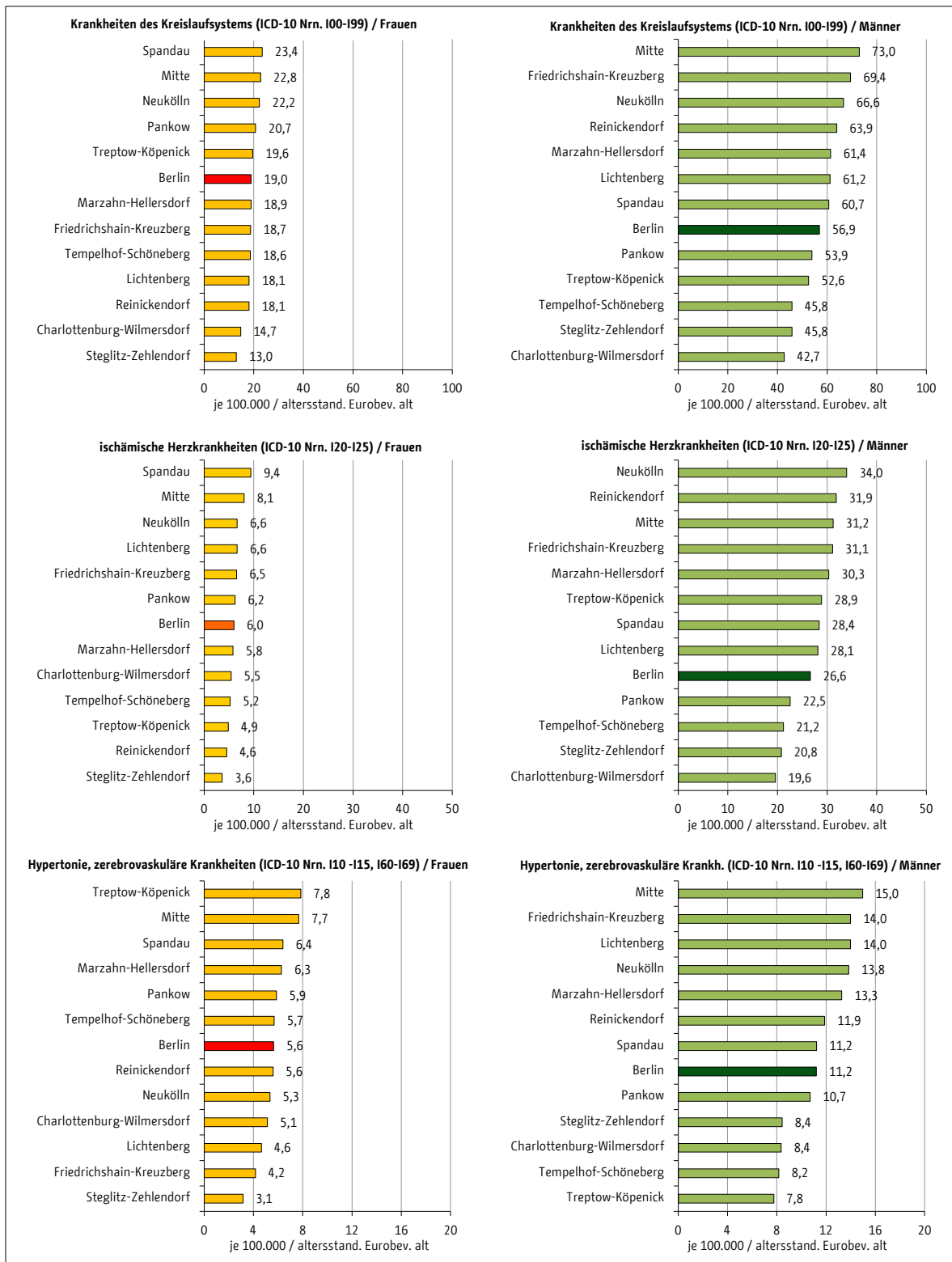
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter an ischämischen Herzkrankheiten und zerebrovaskulären Krankheiten in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern



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

Abbildung 3.23:

Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität an Krankheiten des Kreislaufsystems, darunter an ischämischen Herzkrankheiten, Hypertonie und zerebrovaskulären Krankheiten in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

Bei Betrachtung der zahlenmäßig häufigsten Sterbefälle nach *Einzel Todesursachen* wurde bei Frauen aus Spandau und Mitte (9 bzw. 8 Gestorbene je 100.000) die höchste Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten beobachtet. Diese lag aber noch unter der der Länder mit den bundesweit höchsten Werten. Demgegenüber hatten Frauen aus Steglitz-Zehlendorf (4 je 100.000), gefolgt von Frauen aus Reinickendorf und Treptow-Köpenick (jeweils 5) im Bezirksvergleich das niedrigste Sterberisiko. Dort lagen die errechneten Mortalitätsraten in etwa auf dem Niveau der Bundesländer mit den günstigsten Werten, in Steglitz-Zehlendorf sogar noch darunter. Für Männer aus Neukölln (34 je 100.000), Reinickendorf (32) und Mitte (31) wurde die höchste Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten ermittelt. Sie wiesen jedoch Sterbeziffern auf, die deutlich unter denen der Männer aus Bundesländern mit den höchsten Raten lagen. Männern aus Charlottenburg-Wilmersdorf (20 je 100.000), Steglitz-Zehlendorf und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 21) wiesen von allen Berliner Bezirken die niedrigste Mortalität auf, die sich auf dem Niveau der Bundesländer mit den niedrigsten Sterberaten bewegte. Hinsichtlich der Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten hatten Frauen aus Treptow-Köpenick und Mitte (jeweils 8 je 100.000) das höchste Sterberisiko, das auch die auf Länderebene ermittelten Höchstwerte übertraf. Demgegenüber wiesen Frauen aus Steglitz-Zehlendorf und Friedrichshain-Kreuzberg mit 3 bzw. 4 Gestorbenen je 100.000 die niedrigsten Sterberaten auf. Bei den Männern wurde in Mitte (15 je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (jeweils 14) die höchste Sterblichkeit an zerebrovaskulären Krankheiten beobachtet, deren Sterberaten fast doppelt so hoch wie die der Männer aus den Bundesländern mit den ungünstigsten Sterbeverhältnissen waren. Diese Aussage traf auch auf die bei Männern jeweils am niedrigsten liegenden Sterberaten zu: Männer aus Treptow-Köpenick und Tempelhof-Schöneberg (jeweils 8 je 100.000) hatten z. B. zwar von allen Berliner Bezirken das niedrigste Sterberisiko, diesen berlinweit niedrigsten Werten entsprachen aber den bundesweit höchsten Mortalitätsraten.

Angaben zu den jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems nach Bezirken können Abbildung 3.23 (nach Bundesländern Abbildung 3.22) entnommen werden.

3.1.2.3 Diabetes mellitus

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

In Deutschland gehört Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) mittlerweile zahlenmäßig zu den häufigsten chronischen Krankheiten mit kontinuierlich steigender Tendenz. Von gesundheitspolitischer Bedeutung ist der dominierende *nicht primär insulinabhängige Diabetes mellitus (Typ-2-Diabetes / ICD-10 Nr. E11)*, denn er zählt zu den teuersten chronischen Krankheiten überhaupt. Den Auswertungen der aktuellen GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell 2010¹⁰) zufolge, in der bundesweit 12.483 Frauen und 9.567 Männer telefonisch zu ihrem Gesundheitszustand befragt wurden, berichteten 7,1 % der Frauen und 7,6 % der Männer über das Vorliegen eines Diabetes mellitus (alle Formen, *12-Monats-Prävalenz*). Allerdings ist innerhalb der Bevölkerung von einer Dunkelziffer unbekannter Größe auszugehen, da die Erkrankung zu Beginn meist symptomfrei verläuft und teilweise Jahre bis zur endgültigen Diagnose vergehen. Übergewicht, insbesondere aber abdominale Fettleibigkeit, zählt zu den wichtigsten Prädiktoren. Durch den demografischen Wandel der Bevölkerung und einem bereits bei Kindern Jugendlichen sowie jungen Erwachsenen zu beobachtenden Anstieg des primären Risikofaktorenprofils gewinnt die Krankheit und deren Prävention zunehmend sowohl bei den über als auch bei unter 65-Jährigen an Bedeutung.

Diabetes mellitus gehört zu den häufigsten chronischen Krankheiten mit steigender Tendenz.

Diabetes mellitus verursacht nicht zuletzt wegen seiner hohen Komplikationsrate hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskosten-

¹⁰ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

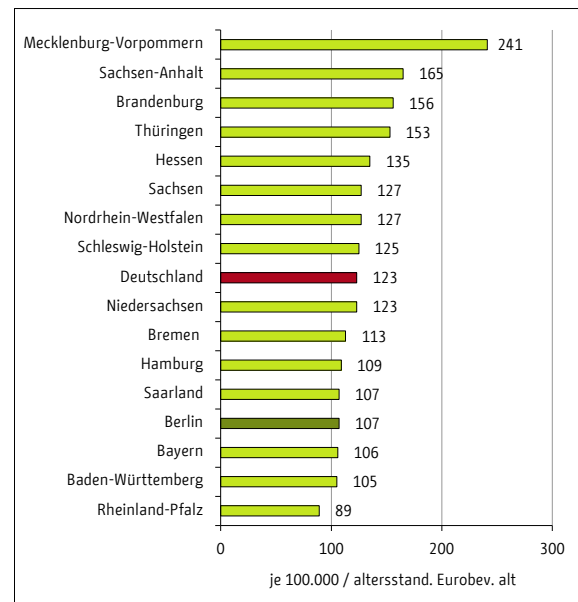
rechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 6.342 Mio. EUR aus. Für unter 65-jährige Patienten und Patientinnen wurden 2.323 Mio. EUR benötigt. Das waren immerhin 39 % der Kosten, die für alle Tumorlokalisationen unter 65-jähriger Krebspatientinnen und -patienten (insgesamt 5.978 Mio. EUR) anfielen¹¹.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 7.433 Personen mit Wohnsitz Berlin (3.317 weiblichen, 4.116 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen *Diabetes mellitus* (alle Formen) *vollstationär behandelt*. 1.038 bzw. 31 % der weiblichen und 1.889 bzw. 46 % der männlichen Behandlungsfälle waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Fast zwei Drittel (insgesamt 1.847) der Behandlungsfälle gingen bei unter 65-Jährigen zu Lasten eines nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-II-Diabetes]. Die auf alle Diabetes-mellitus-Fälle bezogene altersstandardisierte stationäre Morbiditätsrate der unter 65-jährigen Behandlungsfälle aus Berlin lag mit 108 Fällen je 100.000 12 % unter dem Bundesdurchschnitt (123 je 100.000). Im *Ländervergleich* wiesen Berlinerinnen und Berliner die bundesweit viertniedrigste Behandlungsrate auf. Mit deutlichem Abstand befanden sich Personen aus Mecklenburg-Vorpommern (241 je 100.000), gefolgt von Sachsen-Anhalt (165) und Brandenburg (156 je 100.000) am häufigsten wegen Diabetes mellitus stationärer Behandlung. Am seltensten war das bei Personen aus Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg der Fall (89 bzw. 105 Fälle je 100.000) (vgl. Abbildung 3.24).

Abbildung 3.24:
Aus dem Krankenhaus wegen Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



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

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

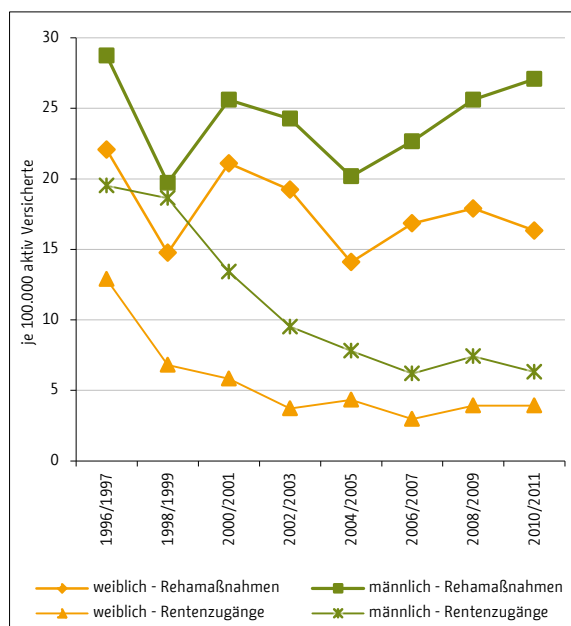
Diabetes mellitus gehört bei *unter 65-jährigen Personen* zu den Krankheiten, für die relativ häufig eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Bei allen Erkrankungsformen und Altersgruppen gilt als erwiesen, dass durch eine frühzeitige langfristig optimale Stoffwechseleinstellung Begleiterkrankungen und deren kostenaufwändige Folgeschäden vermieden werden können. Deshalb haben Rehabilitationsmaßnahmen, die sich auf prädiktive Risikofaktoren (wie etwa Übergewicht, Hypertonie, Rauchen, Dyslipidämien) fokussieren, einen besonders hohen Stellenwert.

**Veranlassung von Reha-
maßnahmen für Männer
häufiger als für Frauen.**

Aufgrund eines Diabetes mellitus nahmen im Jahr 2011 127 *Frauen* und 219 *Männer* aus *Berlin* eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. *Bundesweit* wurden im genannten Jahr für 3.311 weibliche und für 6.617 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Bezogen auf 16 Interventionen je 100.000 aktiv Versicherte lag die Inanspruchnahme bei den Frauen aus Berlin unter der der Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet (19 je 100.000). Berliner Männer hatten mit 27 je 100.000 ebenfalls einen weit unter

¹¹ Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Abbildung 3.25:
Wegen Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10- E14) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1995 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

dem Bundesdurchschnitt (36 je 100.000) liegenden Wert. Die Rehabilitationsrate der Berlinerinnen nahm seit Mitte der 2000er Jahre um etwa 16 % und die der Berliner Männer um mehr als ein Drittel zu. Für Männer wurde im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger als für Frauen eine Rehabilitationsmaßnahme veranlasst. In den letzten zwei Jahren lag die Inanspruchnahme der Männer z. B. zwei Drittel über der der Frauen (vgl. Abbildung 3.25).

Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von Diabetes mellitus verursachen eine nicht unerhebliche Zahl an verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren. Bundesweit beliefen sich diese im Jahr 2008 (für welches die aktuellsten Daten vorliegen) bei Frauen auf 7.000 und bei Männern auf 28.000 Jahre¹².

Insgesamt wurden im Jahr 2011 38 Berlinerinnen und 52 Berliner Männer wegen Diabe-

Frühberentungsrate aufgrund von Diabetes mellitus bei Berliner Männern rückläufig.

tes mellitus frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 4,6 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 6,4 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem Bundesgebiet (711 Zugänge bzw. 4,1 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um 12 % höher liegendes Frühberentungsrisiko. Demgegenüber lag es bei den Berliner Männern ein Fünftel darunter (Deutschland: 1.461 Zugänge bzw. 8,0 je 100.000 aktiv Versicherte). Im Durchschnitt gesehen hat sich das Frühberentungsrisiko der Berliner Frauen seit Anfang der 2000er Jahre nicht wesentlich verändert. Bei den Männern kam es in den letzten Jahren zu einem leichten Rückgang. Im gesamten Beobachtungszeitraum wurden Männer gegenüber Frauen jedoch deutlich häufiger wegen Diabetes mellitus frühberentet. Die Zugangsrate der Männer lag in den letzten zwei Jahren beispielsweise fast zwei Drittel über der der Frauen (vgl. Abbildung 3.25).

Mortalität

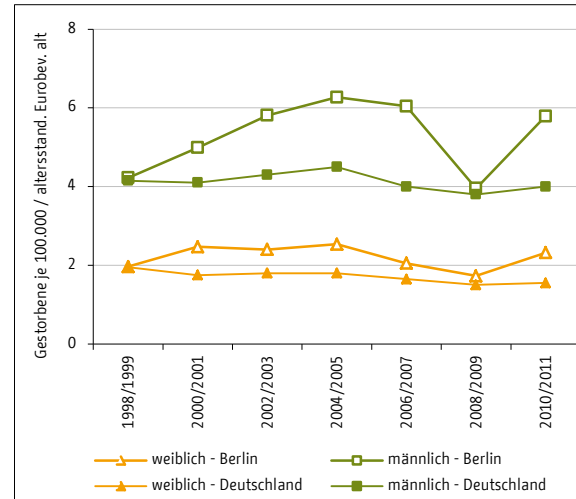
Bezogen auf die Gesamtsterblichkeit gehören Sterbefälle an Diabetes mellitus insgesamt zu den zehn häufigsten Todesursachen nach Einzeldiagnosen (vgl. GSI-Tabelle 3.8-1). Bundesweit starben im Jahr 2011 23.552 Personen (1.637 weiblichen und 9.915 männlichen Geschlechts) an Diabetes mellitus. In Berlin belief sich die Zahl der Gestorbenen auf insgesamt 1.131, 636 weiblichen und 495 männlichen Geschlechts. Die Sterblichkeit beginnt um das 50. Lebensjahr herum. Bis auf über 90-Jährige hatten Männer gegenüber Frauen in allen Altersgruppen ein höheres Sterberisiko. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen ging von 1991 bis 2011 (19 bzw. 15 je 100.000) um 22 % zurück. Sie lag aber 2011 immer noch ein Viertel über dem Bundesniveau (12 je 100.000). Demgegenüber kam es bei den Berliner Männern zu einem Anstieg um 16 % (1991: 19, 2011: 22 je 100.000). Sie hatten gegenüber Männern aus dem übrigen Bundesgebiet (16 Gestorbene je 100.000) eine um 38 % höher liegende Mortalität.

Sterblichkeit an Diabetes mellitus bei Berlinerinnen rückläufig, bei Berliner Männern steigend.

¹² Vgl. <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus belief sich im Jahr 2011 bundesweit auf 2.256 registrierte Fälle (667 weiblich und 1.589 männlichen Geschlechts). In Berlin starben 40 Frauen und 103 Männer im Alter von unter 65 Jahre an Diabetes mellitus. Die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen ging zwar von 1991 bis 2011 (3,4 bzw. 2,3 Gestorbene je 100.000) um ein Drittel zurück, sie lag aber im Jahr 2011 immer noch 44 % über dem Bundesniveau (1,6 je 100.000). Bei den Berliner Männern kam es zu einem Anstieg des Sterberisikos um 16 % (5,3 bzw. 6,1 je 100.000). Sie hatten gegenüber Männern aus dem Bundesgebiet (3,9 je 100.000) im Jahr 2011 einen um 56 % höher liegenden Wert. Der in Berlin in den Jahren 2008/2009 zu beobachtende Rückgang und darauf folgende starke Anstieg der Sterblichkeit kann an dieser Stelle nicht interpretiert werden. Möglicherweise besteht ein Zusammenhang mit nachträglich durchgeführten Korrekturen, die aufgrund von Nichtbeachtung von Kodierregeln in der Todesursachenstatistik durchgeführt wurden. Die bei beiden Geschlechtern in Berlin im Vergleich zu Frauen und Männern aus dem gesamten Bundesgebiet ermittelten Sterblichkeitsdifferenzen konnten - ausgenommen 1998/1999 und 2008/2009 - im gesamten Beobachtungszeitraum festgestellt werden (vgl. Abbildung 3.26).

Abbildung 3.26:
Vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10 - E14) in Berlin und Deutschland 1998 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

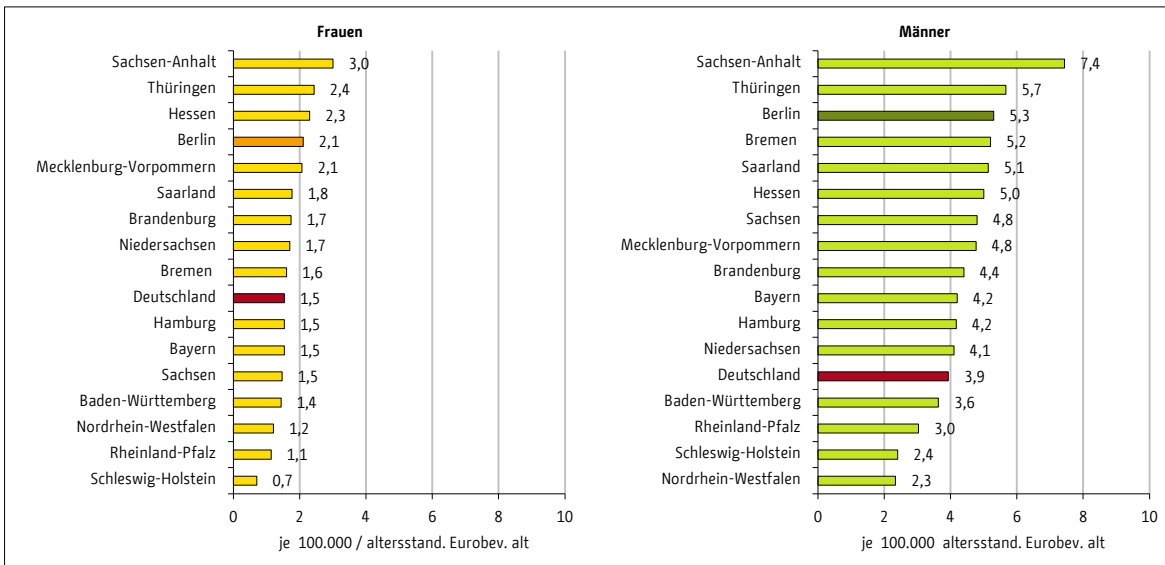
Berlin gehört zu den Bundesländern mit der höchsten Mortalität an Diabetes mellitus.

In Bezug auf die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus auf Länderebene wies Berlin im Bundesländervergleich in den letzten Jahren (2009/2011) mit 2,1 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die vierthöchste Rate auf, die sich 40 % über dem Bundesniveau (1,5 je 100.000) bewegte. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an Diabetes mellitus zu sterben, hatten Frauen aus Sachsen-Anhalt, Thüringen und Hessen. Dort lagen die Sterberaten um ein Mehrfaches über denen der Frauen aus Schleswig-Holstein, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen, die das niedrigste Sterberisiko aufwiesen. Bis auf Sachsen hatten Frauen aus den anderen neuen Bundesländern eine über dem Bundesdurchschnitt liegende Mortalität. Bei den Männern gehörte Berlin mit 5,3 Gestorbenen je 100.000, das entsprach dem dritthöchsten Wert, ebenfalls zu den Ländern mit einem weit über dem Bundesdurchschnitt (3,9 je 100.000) liegenden Sterberisiko. Das mit Abstand höchste hatten Männer aus Sachsen-Anhalt und Thüringen, deren Mortalitätsrate um mehr als das 1,5-fache über der der Männer aus Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein lag. Das waren auch die Länder mit den niedrigsten Sterberaten. Unter 65-jährige Männer aus den neuen Bundesländern hatten durchweg ein über dem Bundesdurchschnitt liegendes Risiko, an Diabetes mellitus zu sterben.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an Diabetes mellitus nach Bundesländern können Abbildung 3.27 entnommen werden.

Auf Bezirksebene unterliegt die vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Lichtenberg (3,8 Gestorbene je 100.000), Friedrichshain-Kreuzberg und Tempelhof-Schöneberg (2,6 bzw. 2,5 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko lag in diesen Bezirken auch über dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten. Demgegenüber wiesen unter 65-jährige Frauen aus Pankow (1,3 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (1,6 bzw. 1,7 je 100.000) die berlinweit niedrigsten Werte auf. Aber auch

Abbildung 3.27:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern

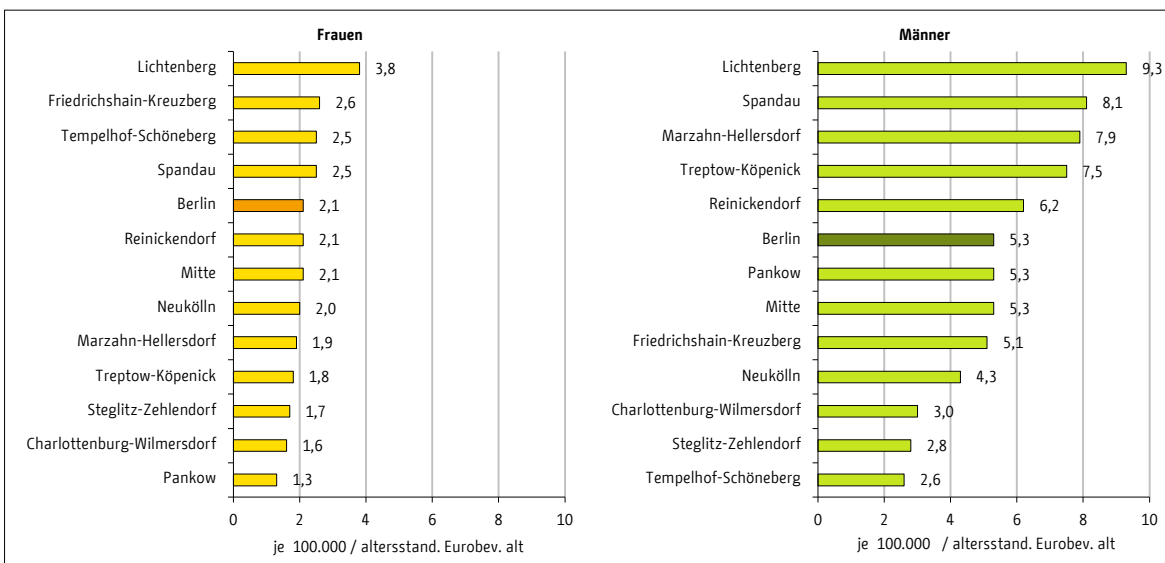


(Datenquelle: StBA / Darstellung: SenGesSoz - I A -)

diese bewegten sich noch über denen der Frauen aus den Bundesländern mit den niedrigsten Ziffern. Auch bei den *Männern* wurde im Bezirk Lichtenberg (9,3 Gestorbene je 100.000) die höchste Sterblichkeit beobachtet. Männer aus Spandau und Marzahn-Hellersdorf (8,1 bzw. 7,9 je 100.000) hatten ebenfalls deutlich über dem Berliner Durchschnitt liegende Sterberaten. In den drei Bezirken lagen die Werte zudem erheblich über denen der Bundesländer mit den ungünstigsten Sterbeverhältnissen. Das berlinweit niedrigste Sterberisiko wiesen Männer aus Tempelhof-Schöneberg (2,6 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Steglitz-Zehlendorf (2,8 bzw. 3,0 je 100.000) auf. Im Vergleich zu den Bundesländern mit den niedrigsten Werten lagen die Raten in den genannten Bezirken nur knapp darüber.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an Diabetes mellitus nach Bezirken können Abbildung 3.28 entnommen werden.

Abbildung 3.28:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an Diabetes mellitus (ICD-10 Nrn. E10-E14) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

3.1.2.4 Chronische Krankheiten der unteren Atemwege

Subjektive Morbidität - Inzidenz - Prävalenz

Die COPD - im Volksmund Raucherhusten - zählt weltweit zu den häufigsten Erkrankungen.

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47), zu denen chronische Bronchitis, Asthma, Emphysem, insbesondere aber die *chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD - chronic obstructive pulmonary disease)*, im Volksmund auch „Raucherhusten“ genannt) zählen, gehören hierzulande mittlerweile zu den großen Volkskrankheiten. Die COPD (ICD-10 Nr. J44) zählt weltweit zu den häufigsten Erkrankungen; bei einer vermuteten hohen Dunkelziffer geht die WHO von weit über 300 Millionen Betroffenen aus, Tendenz steigend. In Deutschland dürften über sieben Millionen Menschen an COPD erkrankt sein¹³. Für Berlin bedeutet dies, dass derzeit schätzungsweise 280.000 Berliner und Berlinerinnen an einer chronisch obstruktiven Lungenkrankheit leiden. Die Sterblichkeit an COPD ist hoch. Auf alle Altersgruppen bezogen rangierte diese Todesursache 2011 in Deutschland bei den Frauen auf dem neunten und bei den Männern auf dem vierten Rang der amtlichen Todesursachenstatistik. In Berlin belegte sie bei den Frauen Rang sieben und bei den Männern Rang fünf. Auch bei der unter 65-jährigen Berliner Bevölkerung zählte COPD bereits zu den zehn häufigsten Todesursachen (Frauen: Platz neun, Männer: Platz acht).

Die im Rahmen der aktuellen GEDA-Studie (Gesundheit in Deutschland aktuell 2010¹⁴) gemachten Aussagen zur *Prävalenz von chronischen Bronchitiden* (Erkrankung, deren wichtigster modifizierbarer Risikofaktor das Rauchen ist und die bei permanenter Atemwegsverengung in eine COPD übergehen kann), ergaben, dass 10,4 % der Frauen und 7,5 % der Männer an einer chronischen Bronchitis (Lebenszeitprävalenz) leiden (vgl. GSI-Tabelle [3.18-1](#)).

Im Jahr 2009 stellte die COPD (ICD-10 Nr. J44) in den allgemeinärztlichen *Praxen in Berlin* mit insgesamt 219.952 *Abrechnungsfällen* einen Anteil von 4,8 %. Den Daten der hausärztlich-internistisch tätigen Praxen zufolge lag der Anteil dort mit 6,4 % (113.278 Fälle) noch höher (vgl. GSI-Tabelle [3.19-1](#)).

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege verursachen hohe direkte und indirekte *Krankheitskosten*. Die zuletzt für das Jahr 2008 bundesweit durchgeführte direkte Krankheitskostenrechnung wies z. B. Kosten in Höhe von 5.285 Mio. EUR aus, für unter 65-jährige Erkrankte wurden 2.682 Mio. EUR benötigt. Das war fast die Hälfte der Kosten, die unter 65-jährige Krebspatienten und -patientinnen für alle Tumorlokalisationen (insgesamt 5.978 Mio. EUR) benötigten¹⁵.

Insgesamt entstanden der deutschen Volkswirtschaft im Jahr 2008 für alle Krankheiten (nach ICD-10-GM Kapitel I – XXII) direkte Kosten in Höhe von 254.280 Mio. EUR, von denen 131.191 Mio. EUR bzw. 52 % auf unter 65-jährige Personen entfielen (zu direkten und indirekten Krankheitskosten vgl. auch Erläuterungen).

Stationäre Morbidität

Krankenhausinanspruchnahme wegen COPD in Berlin unter Bundesdurchschnitt.

Im Jahr 2011 wurden in den *Berliner Krankenhäusern* 9.631 Personen mit *Wohnsitz Berlin* (4.803 weiblichen, 4.828 männlichen Geschlechts) länger als einen Tag wegen *chronischer Krankheiten der unteren Atemwege vollstationär behandelt*. 2.879 Krankenhausfälle, 1.356 bzw. 28 % der weiblichen und 1.523 bzw. 32 % der männlichen, waren in einem *Alter von unter 65 Jahren*. Die Mehrzahl dieser unter 65-Jährigen (2.141 bzw. 74 %) befand sich wegen einer *chronischen obstruktiven Lungenkrankheit* in stationärer Therapie, das betraf 982 bzw. 72 % der weiblichen und 1.159 bzw. 76 % der

¹³ Vgl.: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/asthma/article/626622/welt-copd-tag-fruehe-therapie-haelt-copd-krank-jaenger-fit.html>, zuletzt aufgerufen am 24.07.2013.

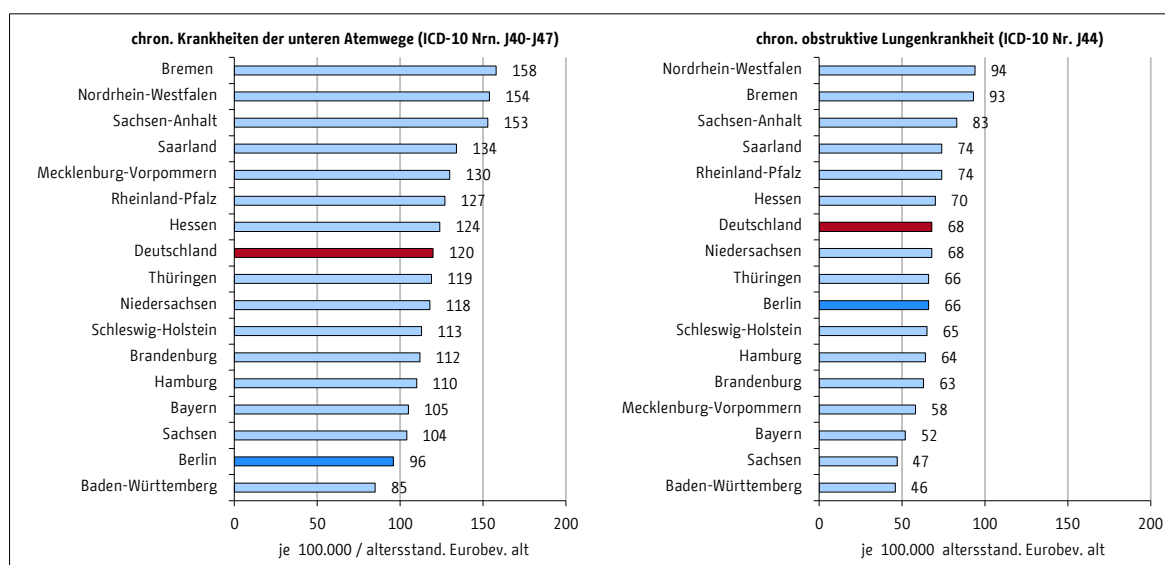
¹⁴ Vgl.: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/GEDA2010.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt aufgerufen am 22.07.2013.

¹⁵ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Krankheitskosten nach Alter und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

männlichen Fälle. Die *Krankenhausverweildauer* der wegen einer COPD Behandelten liegt deutlich über der der Durchschnittsverweildauer aller Behandlungsanlässe. Im Jahr 2011 verbrachten unter 65-jährige Männer aus Berlin durchschnittlich 9,7 und Frauen 9,2 Tage im Krankenhaus, damit dauerte der Krankenhausaufenthalt im Durchschnitt drei Tage länger als die mittlere Verweildauer dieser Altersgruppe (Männer: 6,9 Tage / Frauen: 6,2 Tage). Die auf alle Fälle von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege bezogene altersstandardisierte *stationäre Morbiditätsrate* unter 65-Jähriger aus Berlin betrug 96 je 100.000 und lag ein Fünftel unter dem Bundesdurchschnitt (120 Fälle je 100.000). Im *Ländervergleich* wiesen Berliner und Berlinerinnen nach Personen aus Baden-Württemberg die zweitniedrigste Behandlungsrate auf. Mit großem Abstand am häufigsten befanden sich Personen aus Bremen (158 je 100.000), Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt (154 bzw. 153 je 100.000) wegen derartiger Erkrankungen in stationärer Behandlung. Auch bei der Therapie einer COPD hatten Patienten und Patientinnen aus den letztgenannten Bundesländern die höchste Inanspruchnahme. Berlin rangierte hier im Mittelfeld und lag mit einem Wert von 66 Fällen je 100.000 leicht unter dem Bundesniveau (68 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.29).

Abbildung 3.29:

Aus dem Krankenhaus wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege, darunter chronische obstruktive Lungenkrankheit, entlassene vollstationäre Behandlungsfälle (Alter: 0 - 64 Jahre) in Deutschland 2011 nach Bundesländern (Wohnsitz)



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

Medizinische Rehabilitation - Frühberentung

Chronische Krankheiten der unteren Atemwege gehören bei unter 65-jährigen Personen zu den Krankheiten, für die häufig eine *medizinische Rehabilitation und sonstige Leistung zur Teilhabe* veranlasst wird. Aufgrund einer derartigen Erkrankung nahmen im Jahr 2011 374 Frauen und 227 Männer aus Berlin eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch. Bundesweit wurden im genannten Jahr für 7.959 weibliche und für 7.819 männliche Personen derartige Leistungen erbracht. Die Rate der Frauen aus Berlin lag mit 46 je 100.000 aktiv Versicherte auf Bundesniveau. Berliner Männer hatten dagegen mit 28 je 100.000 aktiv Versicherte eine um mehr als ein Drittel unter dem Bundesdurchschnitt (43 je 100.000) liegende Inanspruchnahme. Insgesamt gesehen nahm die Rehabilitationsrate der Berlinerinnen seit 2005 um 55 % und die der Berliner Männern sogar um 84 % zu. Frauen nahmen im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger als Männer eine Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch (vgl. Abbildung 3.30). Das traf jedoch nur auf alle in der Diagnosegruppe J40-J47 klassifizierten Krankheiten zu. Bezogen auf die chronisch obstruktive Lungenkrankheit (ICD-10 Nr. J44) lag die Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen im Jahr 2011 bei den Männern mit 126 Fällen bzw. 16 je 100.000 aktiv Versicherten über der

COPD in Berlin für starken Anstieg von Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich.

Frauen (107 bzw. 13 je 100.000). Rehamassnahmen aufgrund einer COPD stiegen bei beiden Geschlechtern deutlich an. Bei Frauen nahmen sie von 2004 bis 2011 um 71 % (2005: 7,6, 2011: 13,1 je 100.000) zu. Bei Männern erhöhte sie sich sogar um das Zweieinhalbfache (2004: 6,4, 2011: 15,5 je 100.000) zu. In den letzten Jahren lag der altersstandardisierte Anteil der infolge einer COPD erfolgten Interventionen bei den Berlinerinnen bei 22 % und bei den Berliner Männern bei über 50 %.

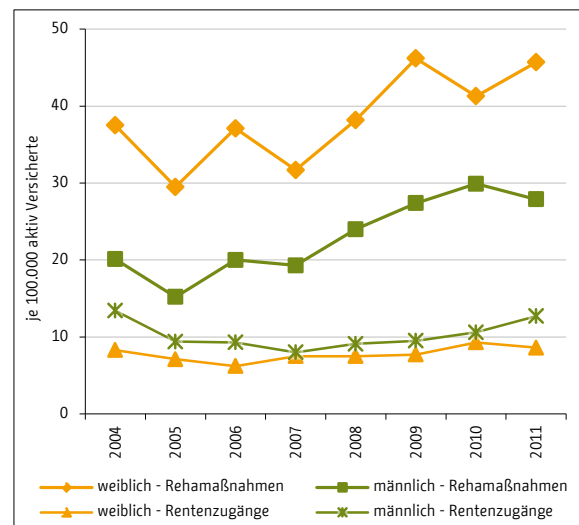
Frühberentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit infolge von chronischen Krankheiten der unteren Atemwege verursachen eine hohe Zahl an *verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren*. Bundesweit beliefen diese sich z. B. im Jahr 2008 bei Frauen auf 27.000 und bei Männern auf 42.000 Jahre. Dabei gingen ca. 22.000 verlorene Erwerbsjahre bei den Frauen und 37.000 bei den Männern zu Lasten chronischer Bronchitiden und der COPD¹⁶.

**Frühberentungsrisiko
infolge von chronischen
Atemwegserkrankungen
in Berlin steigend.**

Insgesamt wurden im Jahr 2011 70 *Berlinerinnen* und 103 *Berliner Männer* wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege frühberentet. Das entsprach einer Frühberentungsrate von 8,6 je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 12,7 je 100.000 bei den Männern. Berlinerinnen hatten gegenüber Frauen aus dem *Bundesgebiet* (1.605 Zugänge bzw. 9,3 je 100.000 aktiv Versicherte) ein um 8 % niedriger liegendes Frühberentungsrisiko. Auch bei den Berliner Männern lag es 11 % unter dem Bundesniveau (2.607 Zugänge bzw. 14,3 je 100.000 aktiv Versicherte). Im Durchschnitt gesehen hat sich die Zugangsrate der Berliner Frauen seit 2005 um 21% und das Männer um mehr als ein Drittel erhöht. Männer hatten zudem im gesamten Beobachtungszeitraum gegenüber Frauen eine zum Teil deutlich höher liegende Rentenzugangsrate. Von allen chronischen Krankheiten der unteren Atemwege ist die *chronische obstruktive Lungenkrankheit* der mit Abstand häufigste Anlass einer gesundheitsbedingten Frühberentung. Insgesamt wurden im Jahr 2011 52 Berlinerinnen und 87 Berliner Männer wegen einer COPD frühberentet. Mit einer Inzidenzrate von 6,4 je 100.000 aktiv Versicherte lag das Frühberentungsrisiko der Frauen 12 % und das der Berliner Männer (10,7 je 100.000) 11 % unter dem Bundesniveau (Frauen: 1.244 Fälle bzw. 7,2, Männer: 2.209 bzw. 12,1 je 100.000) (vgl. Abbildung 3.30).

Abbildung 3.30 :

Wegen chronischer Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) erbrachte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2004 - 2011 nach Geschlecht



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

Mortalität

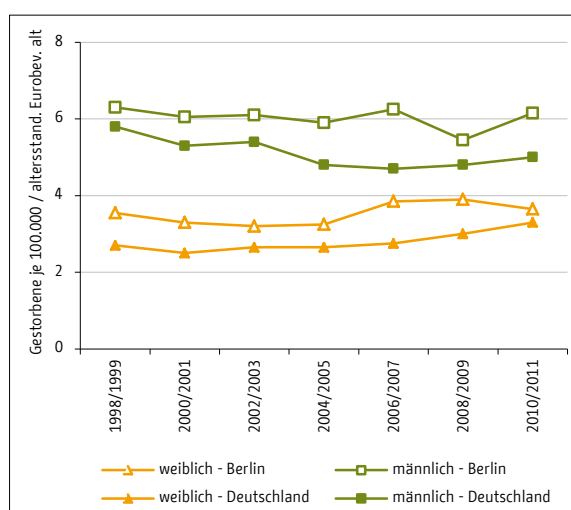
**Männer sterben häufiger
als Frauen an chronischen
Krankheiten der unteren
Atemwege.**

Bezogen auf die Gesamtsterblichkeit gehören *Sterbefälle an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* zu den häufigsten Todesursachen. Das trifft insbesondere auf die *COPD* zu, die im Jahr 2011 in *Berlin* bei den *Frauen* auf Platz sieben und bei den *Männern* auf Platz fünf rangierte (vgl. GSI-Tabelle [3.8-1](#)). *Bundesweit* starben im Jahr 2011 29.324 Personen (12.750 weiblichen und 16.574 männlichen Geschlechts) an chronischen Atemwegserkrankungen. In Berlin belief sich die Zahl der Gestorbenen auf insgesamt 1.238, von denen 633 weiblichen und 605 männlichen Geschlechts waren. Die Sterblichkeit beginnt oberhalb des 50. Lebensjahres. Bis auf über 90-Jährige hatten Männer gegenüber

¹⁶ Vgl.: <http://www.gbe-bund.de/>, Pfad: Startseite > Ausgaben, Kosten, Finanzierung > Kosten > Kosten allgemein/sonstiges > Tabelle (gestaltbar): Verlorene Erwerbstätigkeitsjahre nach Ausfallart und Geschlecht, zuletzt aufgerufen am 01.08.2013.

Frauen in allen Altersgruppen ein höheres Sterberisiko. Mit jeweils 17 Gestorbenen je 100.000 hat sich die altersstandardisierte Sterblichkeit der Berlinerinnen von 1998 bis 2011 nicht verändert. Im Jahr 2011 lag sie aber 28 % und damit erheblich über dem Bundesdurchschnitt (12.750 Gestorbene bzw. 13 je 100.000). Demgegenüber kam es bei den Berliner Männern zu einem Rückgang des Sterberisikos um mehr als ein Viertel (1998: 35, 2011: 26 je 100.000). Die Mortalitätsrate der Berliner lag 2011 auf Bundesniveau. Der Anteil der an COPD gestorbenen Berlinerinnen bezifferte sich auf 89 % (566 Gestorbene bzw. 15 je 100.000). Bei den Männern gingen 93 % (563 Gestorbene bzw. 23,8 je 100.000) zu Lasten dieser schweren Lungenerkrankung. Bei den Berlinerinnen hat sich das Risiko, an den Folgen einer COPD zu sterben, von 1998 bis 2011 um ein Drittel erhöht, versus kam es bei den Männern zu einem geringfügigen Rückgang. Bei beiden Geschlechtern lagen die Sterbeziffern in Berlin jeweils über den Bundesdurchschnittswerten (Frauen: Berlin 15, Deutschland 11; Männer: Berlin 24, Deutschland 23 Gestorbene je 100.000).

Abbildung 3.31:
Vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Berlin und Deutschland 1998 - 2011 (jeweils zwei Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht



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

Im Alter von unter 65 Jahren starben im Jahr 2011 163 Personen aus Berlin (58 weiblichen, 105 männlichen Geschlechts) an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege. Bundesweit wurden 3.406 Sterbefälle, 1.361 weiblich und 2.045 männliche, registriert. Die altersstandardisierte Sterberate der Berlinerinnen ging von 1998 (64 Gestorbene bzw. 3,7 je 100.000) bis 2011 (58 bzw. 3,4 je 100.000) um 8 % zurück und lag 2011 erstmals auf Bundesniveau, versus kam es bei den unter 65-jährigen Berliner Männern zu einem Anstieg des Sterberisikos um knapp 5 % (1998: 105 bzw. 6,1 je 100.000, 2011: 105 Gestorbene bzw. 6,4 je 100.000). Berlinerinnen und Berliner hatten gegenüber Gleichaltrigen aus dem Bundesgebiet im gesamten Beobachtungszeitraum zum Teil deutlich höher liegende Mortalitätsraten (vgl. Abbildung 3.31).

Bei der vorzeitigen Sterblichkeit der Berlinerinnen infolge der zu den chronischen Krankheiten der unteren Atemwege zählenden Krankheiten Asthma, Emphysem und einfacheren chronischen Bronchitiden war eine starke Abnahme zu beobachten. Auch bei den Männern kam es hinsichtlich der genannten Krankheiten zu einem Rückgang der Mortalität. Bei den Frauen belief sich dieser im Zeitraum 1998 bis 2011 auf minus 75 % und bei den Männern auf minus 67 %.

Der überwiegende Teil (derzeit weit über 80 %) der Todesfälle in der Gruppe der chronischen Krankheiten der unteren Atemwege geht zu Lasten einer COPD, die 2011 bei Berlinerinnen die neunt- und bei den Berliner Männern die achthäufigste Todesursache überhaupt war. Insgesamt starben im genannten Jahr 47 Frauen und 89 Männer aus Berlin an einer COPD. Bundesweit wurden 1.121 weibliche und 1.736 männliche Sterbefälle mit dieser Todesursache kodiert. Die vorzeitige Sterblichkeit an COPD hat sich bei den Berlinerinnen von 1998 bis 2011 mehr als verdoppelt (1,3 bzw. 2,8 Gestorbene je 100.000). Aber auch im gesamten Bundesgebiet kam es zu einem Anstieg der Rate um 50 % (1,8 bzw. 2,7 je 100.000). Bei den Berliner Männern nahm das Sterberisiko im genannten Zeitraum um mehr als zwei Drittel zu (3,3, bzw. 5,5 je 100.000), demgegenüber kam es deutschlandweit lediglich zu einem Anstieg um 5 % (4,0 bzw. 4,2 je 100.000). Während sich die Sterblichkeit der Berlinerinnen im Jahr 2011 nur knapp über dem Bundesniveau bewegte, lag sie bei den Berliner Männern 31 % darüber.

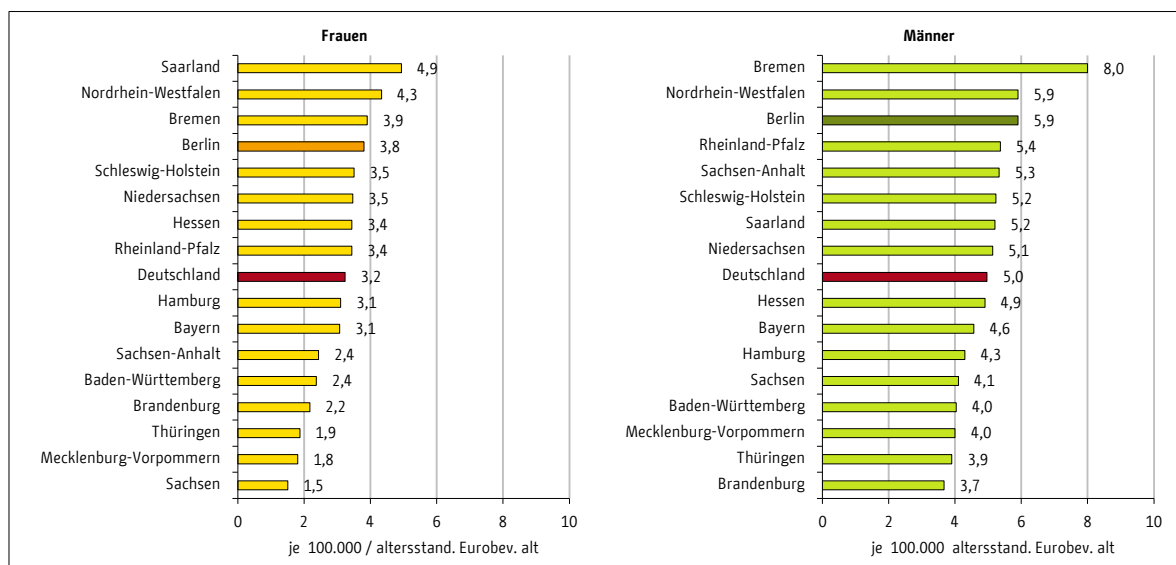
Sterblichkeit an COPD überdurchschnittlich angestiegen.

Sterberaten an chronischen Atemwegserkrankungen in Berlin weit über Bundesniveau.

In Bezug auf die *vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* auf Länderebene wies Berlin im *Bundesländervergleich* in den letzten Jahren (2009/2011) mit 3,8 Gestorbenen je 100.000 bei den Frauen die vierthöchste Rate auf, die knapp ein Fünftel über dem Bundesniveau (3,2 je 100.000) lag. Das höchste Risiko, vor Vollendung des 65. Lebensjahres an chronischen Atemwegserkrankungen zu sterben, hatten Frauen aus dem Saarland und aus Nordrhein-Westfalen. Dort lagen die Sterberaten um ein Mehrfaches über denen der Frauen aus Sachsen, Mecklenburg-Vorpommern und Thüringen. Das waren die Länder mit den bundesweit niedrigsten Sterbeziffern. Auffällig war das bei Frauen aus den neuen Bundesländern durchweg unter dem Bundesdurchschnitt liegenden Sterberisiko. Bei den Männern gehörte Berlin mit 5,9 Gestorbenen je 100.000, das entsprach dem dritthöchsten Wert, ebenfalls zu den Ländern mit deutlich über dem Bundesdurchschnitt (5,0 je 100.000) liegenden Sterbeziffern. Die mit Abstand höchste Sterblichkeit wurde bei Männern aus Bremen beobachtet. Sie wiesen eine Sterberate auf, die um ein Mehrfaches über den Werten der Männer aus Brandenburg und Thüringen lag. Männer aus den neuen Bundesländern hatten bis auf Sachsen-Anhalt eine deutlich unter dem Bundesdurchschnitt liegende Mortalität.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Bundesländern können Abbildung 3.32 entnommen werden.

Abbildung 3.32:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Deutschland 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bundesländern



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

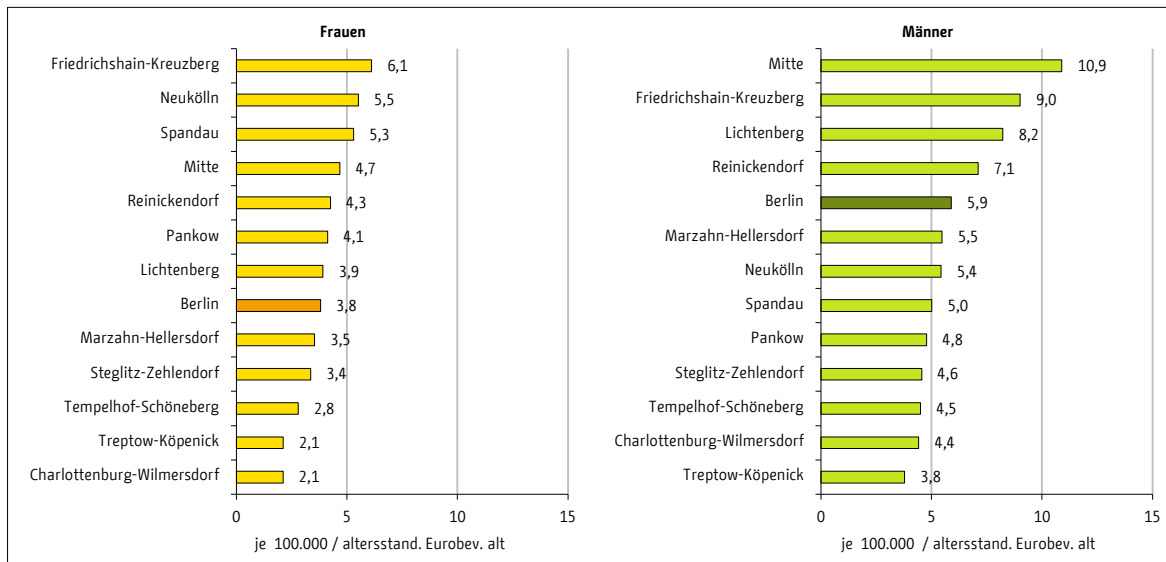
Auf *Bezirksebene* unterliegt die *vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege* einer erheblichen Schwankungsbreite. Im Zeitraum 2009/2011 wurden bei Frauen aus Friedrichshain-Kreuzberg (6,1 Gestorbene je 100.000), Neukölln und Spandau (5,5 bzw. 5,3 je 100.000) die höchsten Raten ermittelt. Das Sterberisiko der Frauen lag in diesen Bezirken im Durchschnitt 27 % über dem Niveau der Bundesländer mit den höchsten Werten und zweieinhalbmal so hoch wie das der Frauen aus Charlottenburg-Wilmersdorf, Treptow-Köpenick (jeweils 2,1 je 100.000) und Tempelhof-Schöneberg (2,6, je 100.000), wo Frauen die niedrigste Sterblichkeit von allen Berliner Bezirken hatten. Die Werte lagen in den letztgenannten Bezirken aber immer noch um mehr als ein Drittel über dem Niveau der Frauen aus den Bundesländern mit den niedrigsten Sterbeziffern. Bei den Männern wurde die mit Abstand höchste Sterblichkeit im Bezirk Mitte (10,9 Gestorbene je 100.000) ermittelt. Auch Männer aus Friedrichshain-Kreuzberg und Lichtenberg (9,0 bzw. 8,2 je 100.000) hatten weit über dem Berliner Durchschnitt liegende Werte, die mehr

als doppelt so hoch waren wie die der Männer aus Treptow-Köpenick (3,8 je 100.000), Charlottenburg-Wilmersdorf und Tempelhof-Schöneberg (4,4 bzw. 4,5 je 100.000). In diesen Bezirken wurden die niedrigsten Sterbeverhältnisse ermittelt. Im Vergleich zu den Bundesländern mit den höchsten versus niedrigsten Werten lagen die Raten in den Berliner Bezirken jeweils 43 % bzw. 8 % darüber.

Die jeweiligen geschlechtsspezifischen vorzeitigen Sterberaten an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege nach Bezirken können Abbildung 3.33 entnommen werden.

Abbildung 3.33:

Geschlechtsspezifische vorzeitige Sterblichkeit an chronischen Krankheiten der unteren Atemwege (ICD-10 Nrn. J40-J47) in Berlin 2009 - 2011 (zusammengefasst) nach Bezirken



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

3.2 Gesundheitsrelevante Verhaltensweisen und Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen

3.2.1 Verhaltensbedingte Risikofaktoren chronischer Krankheiten und potenzieller Rückgang des Sterberisikos

Das individuelle *Gesundheitsverhalten* ist die wichtigste Determinante der Gesundheit und übt den maßgebenden Einfluss auf die Entstehung spezifischer chronischer Krankheiten aus. Nur wenige - zumeist beeinflussbare - *Risikofaktoren* determinieren das Krankheitsgeschehen der meisten chronischen Krankheiten. Zu den prädisponierenden Faktoren zählen Bluthochdruck, körperliche Inaktivität, Adipositas, ungesunde Ernährung, Alkohol- und Tabakmissbrauch, Fettstoffwechselstörungen und Stress. Neben dem Ausmaß von Übergewicht und Adipositas, welches mittels BMI erfasst wird, bestimmt das Fettverteilungsmuster und hier insbesondere das viszerale Fett (auch Bauchfett genannt) im Wesentlichen das metabolische und kardiovaskuläre Gesundheitsrisiko¹⁷.

Chronische Krankheiten, die auf negative Gesundheitsverhaltensweisen zurückzuführen sind, könnten in den meisten Fällen durch individuelle Prävention und Gesundheitsförderung vermieden bzw. die Sterblichkeit gesenkt werden. Z. B. könnte der Entstehung einer Vielzahl hier beschriebener chronischer Erkrankungen in erheblichem Maß vorgebeugt werden, indem auf das Rauchen verzichtet wird. Ein individueller gesundheitsförderlicher Lebensstil ist stark abhängig vom Geschlecht, vom Alter und insbesondere vom

¹⁷ Zu Adipositas vgl.: www.adipositas-gesellschaft.de, zuletzt aufgerufen am 19.07.2013.