

3. Gesundheitszustand der Bevölkerung

3.1. Ausgewählte Schwerpunkte

3.1.1 Ausgewählte Daten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung von Ausländerinnen und Ausländern in Berlin

Die Datenlage für eine Berichterstattung zur gesundheitlichen Lage von Migrantinnen und Migranten ist nach wie vor defizitär. Die Gesundheitsberichterstattung sieht sich zum Thema Migration vor verschiedene Probleme gestellt. Die ohnehin spärlich zur Verfügung stehenden Statistiken liefern meist nur Informationen über Personen nichtdeutscher Staatsangehörigkeit (in folgender Auswertung Ausländerinnen / Ausländer genannt). Der Migrationsbegriff ist also aufgrund der Erfassung der verfügbaren Statistiken in aller Regel auf ausländische Personen beschränkt, so dass etwa Spätaussiedler oder eingebürgerte Personen (siehe Erläuterungen zum Staatsangehörigkeitsgesetz) kaum oder gar nicht berücksichtigt werden können. Die Defizite in der migrationsbezogenen Gesundheitsstatistik erschweren somit Aussagen zu der gesundheitlichen Situation von in Deutschland lebenden Migrantinnen und Migranten erheblich. Berlin verfügt zwar zur Beschreibung des Gesundheitszustandes von Personen mit Migrationshintergrund im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung über ausführliche Daten der jährlich durchgeführten Einschulungsuntersuchungen; die regelmäßig veröffentlichten Auswertungen der Untersuchungsergebnisse (zuletzt Oberwöhrmann, Bettge 2007) sind jedoch nur auf eine begrenzte Altersgruppe fokussiert. Migrationsbezogene Daten zur Gesundheit älterer Kinder und zu der im Erwachsenenalter gibt es lediglich noch für ausgewählte und gemäß Infektionsschutzgesetz zu meldende Krankheiten bzw. Krankheitserreger (z. B. Tbc, HIV und AIDS). Im Rahmen der Schwerbehindertenstatistik wird zwar von jeder anerkannten schwerbehinderten Person auch die jeweilige Staatsangehörigkeit erfasst, eine diesbezügliche Auswertung ist jedoch nicht Bestandteil der turnusmäßigen Veröffentlichungen.

Datenlage zur Gesundheit von Migrantinnen und Migranten äußerst defizitär

In der Bundesrepublik Deutschland sind Migrantinnen und Migranten eine heterogene Gruppe, die das hiesige Gesundheitsversorgungssystem vor vielfältige Herausforderungen stellt. Migration kann einen erheblichen Einfluss auf das *Erkrankungsrisiko* und einen nicht optimalen *Zugang zur Gesundheitsversorgung* (oft infolge sprachlicher Barrieren) ausüben. Insbesondere psychische Belastungen (z. B. familiäre Trennungen, Verfolgung oder Folter im Herkunftsland, ungeklärter Aufenthaltsstatus, Sammelunterkünfte) können zu einer Reihe von Krankheitssymptomen führen. Häufig hat aber auch die soziale Situation der Betroffenen einen negativen Einfluss auf das gesundheitliche Wohlbefinden. Die Arbeitslosenquote von Personen mit Migrationshintergrund ist oft hoch und das Armutsrisiko liegt ohnehin meist über dem der deutschen Bevölkerung. Migrantinnen und Migranten haben zudem häufiger ein niedrigeres Bildungsniveau als Deutsche. Sie sind auch öfter als deutsche in sozial benachteiligten und gesundheitlich beeinträchtigenden beruflichen Positionen tätig (Razum et al. 2004). Einen Einfluss auf die Gesundheit haben aber auch die verschiedensten migrationspezifischen soziokulturellen Lebensgewohnheiten, die zur Erklärung bestimmter Aussagen zur gesundheitlichen Lage herangezogen werden müssten.

Die nachfolgenden Daten zur Beschreibung der *gesundheitlichen Lage von in Berlin lebenden Ausländerinnen und Ausländern* stellen natürlich keine Vollständigkeit dar. Erfasst werden allenfalls einige Teilbereiche. Die Auswertung des Datenmaterials gibt jedoch nützliche Hinweise zu gesundheitsrelevanten Risikofaktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen. Des Weiteren wird versucht, auf Defizite in der Inanspruchnahme von Möglichkeiten des gesundheitlichen Versorgungssystems hinzuweisen.

3.1.1.1 Mortalität

Allgemeine Sterblichkeit

Im Jahr 2006 starben in Berlin 31.523 Personen (17.271 weiblichen und 14.252 männlichen Geschlechts). Das war die bis dahin niedrigste Zahl. Der Staatsangehörigkeit nach waren 16.950 gestorbene Frauen und 13.697 Männer Deutsche. Lediglich 876 Gestorbene (bzw. 2,8 %) waren der ausländischen Bevölkerung zuzuordnen. Mehr als ein Drittel (321 Todesfälle bzw. 37 %) der gestorbenen Ausländer waren weiblichen Geschlechts. Insgesamt lag der Anteil der gestorbenen ausländischen Frauen, gemessen an allen im Jahr 2006 verstorbenen Berlinerinnen, bei lediglich 1,9 %. Bei den gestorbenen ausländischen Männern (555 Fälle) betrug deren Anteil an der Gesamtmortalität 3,9 % (vgl. Tabelle 3.2.3). Die meisten (etwa 93 %) gestorbenen ausländischen Personen kamen aus dem ehemaligen Westteil der Stadt.

Nachfolgende Ausführungen zur Entwicklung der allgemeinen, alters- und todesursachenspezifischen Mortalität von in Berlin lebenden Ausländerinnen und Ausländern beziehen sich im Wesentlichen auf den Zeitraum von 1994 bis 2006, altersgruppen- und todesursachenspezifische Angaben bis 2005, da diese Angaben zum Zeitpunkt der Deskription für das Jahr 2006 noch nicht verfügbar waren.

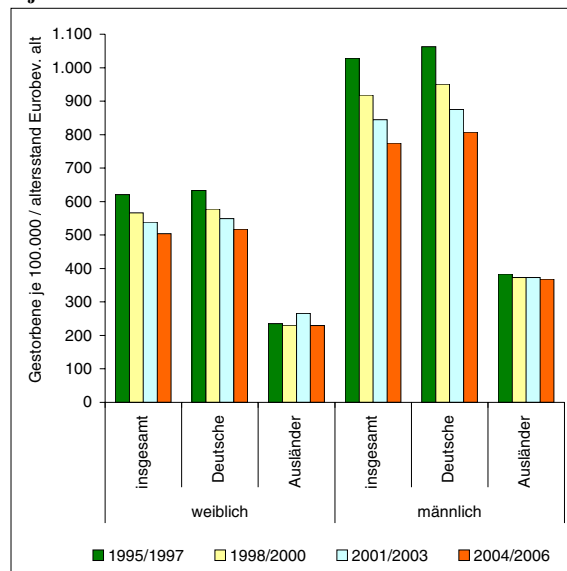
In den Jahren 2004 bis 2005 lag die *altersstandardisierte Mortalitätsrate* der in Berlin lebenden Ausländerinnen mit 230 Gestorbenen je 100.000 56 % unter der der deutschen Frauen (517 Gestorbene je 100.000). Auch bei den Männern lag das altersstandardisierte Sterberisiko der Ausländer in diesem Zeitraum (369 Gestorbene je 100.000) im Durchschnitt gesehen 54 % unter dem der deutschen Männer (807 je 100.000). Als mögliche Erklärung für diese Unterschiede wird vermutet, dass chronische oder schwer kranke ausländische Personen (insbesondere wenn sie ein höheres Alter erreicht haben) wieder in ihr Heimatland zurückkehren. Zum anderen besteht aber nach wie vor eine selektive Zu- und Abwanderung. Eine Abwanderung kann beispielsweise damit verbunden sein, dass ein Teil der Ausländerinnen und Ausländer aus bereits erwähnten Gründen (aber auch nur, um „in der alten Heimat zu sterben“) in seine Herkunftsländer zurückkehrt und die entsprechenden Sterbefälle somit in Deutschland gar nicht registriert werden.

Bezogen auf die *Mortalitätsentwicklung* insgesamt ging in Berlin die allgemeine altersstandardisierte Sterberate der Deutschen bei den Frauen seit Mitte der neunziger Jahre um 18 % und bei den Männern sogar um 24 % zurück. Versus kam es bei den Ausländerinnen bis 2003 zu einem Anstieg der Mortalitätsziffer um 13 %; in den letzten drei Jahren konnte jedoch eine rückläufige Entwicklung bei der Sterbeziffer beobachtet werden. Bei den ausländischen Männern ging die Mortalitätsrate, wenn auch nur geringfügig, im gesamten Beobachtungszeitraum zurück (vgl. Abbildung 3.1).

Vorzeitige Sterblichkeit

Der Indikator „Vorzeitige Sterblichkeit“ erfasst die Sterbeverhältnisse der unter 65-jährigen Bevölkerung. Treten innerhalb dieser Altersgruppe (insbesondere bei bestimmten Todesursachen) vermehrt

Abbildung 3.1:
Geschlechtsspezifische Mortalität (alle Altersgruppen) in Berlin 1995 - 2006 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Todesfälle auf, besteht ein begründeter *Verdacht auf erhöhte Gesundheitsrisiken*. Aus gesundheitspolitischer Sicht sind bei unter 65-Jährigen am ehesten zielgerichtete Präventionsmaßnahmen und optimale medizinische Versorgungsinterventionen möglich.

Die vorzeitige Sterblichkeit wird im Gegensatz zur Sterblichkeit der über 65-Jährigen von *nur wenigen Todesursachen* dominiert. Die bei den unter 65-jährig Gestorbenen kodierten Todesursachen zählen etwa zur Hälfte zu den sogenannten „vermeidbaren Sterbefällen“. Und von denen sind wiederum etwa drei Viertel der registrierten Todesfälle (in den letzten Jahren allein in Berlin etwa 2.400 per anno) auf das *individuelle Gesundheitsverhalten* zurückzuführen (z. B. auf Alkoholmissbrauch, Rauchen, Adipositas mit ihren Folgekrankheiten und Bewegungsinaktivität).

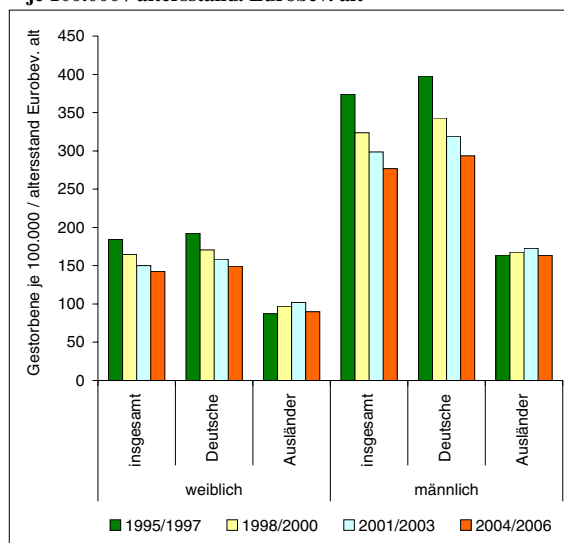
Im Jahr 2006 starben in Berlin 6.742 Personen im Alter von unter 65 Jahren. Das Verhältnis der Männer (4.503 Gestorbene) zu den Frauen (2.239) betrug 2:1. Betrachtet nach der Staatsangehörigkeit waren 6.311 Gestorbene Deutsche (2.107 Frauen, 4.204 Männer). Demgegenüber starben 431 ausländische Personen (132 weiblichen und 299 männlichen Geschlechts).

Nur jeder fünfzehnte vorzeitige Todesfall betrifft eine ausländische Person

Anders als bei den Deutschen war die Hälfte der gestorbenen Ausländerinnen und Ausländer - gemessen an der Gesamt mortalität der ausländischen Population - jünger als 65 Jahre. Vice versa lag der Anteil der unter 65-jährig gestorbenen deutschen Frauen bei lediglich 12 %. Allerdings wurde auch bei den deutschen Männern fast jeder dritte Gestorbene keine 65 Jahre alt.

Erfreulicherweise ist innerhalb der deutschen Population ein kontinuierlicher Sterblichkeitsrückgang zu verzeichnen, der beide Geschlechter gleichermaßen betrifft. Seit Mitte der neunziger Jahre ging die altersstandardisierte Rate der deutschen Frauen um 23 % und bei den Männern um 26 % zurück. Im Zeitraum von 2004 bis 2006 wurde bei den Frauen eine altersstandardisierte Sterberate von 149 Gestorbenen je 100.000 und bei den Männern von 294 je 100.000 ermittelt.

Abbildung 3.2:
Geschlechtsspezifische vorzeitige Mortalität (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin 1995 - 2006 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



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

Die vorzeitige Sterblichkeit der ausländischen Bevölkerung verlief eher gegenläufig. Bei den Ausländerinnen kam es von

Von Mitte der neunziger Jahre bis 2003 Anstieg der vorzeitigen Sterbefälle bei den ausländischen Frauen

1995 bis 2003 zu einer kontinuierlichen Zunahme der Sterberate um 17 %. In den letzten Jahren war die Ziffer jedoch rückläufig. Insgesamt gesehen lag die Mortalitätsrate der Ausländerinnen in der Zeit von 2004 bis 2006 mit 90 Gestorbenen je 100.000 aber immer noch mehr als 40 % unter der der Deutschen. Im Vergleich zur Sterblichkeit Mitte der neunziger Jahre hatten unter 65-jährige Ausländerinnen gegenüber gleichaltrigen deutschen Frauen jedoch noch ein um fast 55 % niedriger liegendes Sterberisiko. Bei den ausländischen Männern fiel der Anstieg der vorzeitigen Sterblichkeit bis Ende 2003 mit 5 % moderater aus. Wie bei den Frauen ist auch bei den unter 65-jährigen Männern die vorzeitige Sterblichkeit seitdem rückläufig. Gegenüber deutschen Männern hatten ausländische in den letzten drei Jahren mit 164 Gestorbenen je 100.000 aber ein um 43 % niedriger liegendes Sterberisiko (vgl. Abbildung 3.2).

Altersspezifische Sterblichkeit

Die Höhe der Mortalität ist stark geschlechts- und altersabhängig. Bis auf das Säuglingsalter und bei den Jungen auch das Kindesalter betreffend hatten in allen anderen Altersgruppen in Berlin lebende Ausländer gegenüber der deutschen Population in den letzten Jahren ein deutlich niedriger liegendes Sterberisiko. Die Sterblichkeit der 15- bis unter 65-jährigen Ausländerinnen lag beispielsweise im Durchschnitt gesehen 38 % und die der gleichaltrigen Männer 45 % unter der der entsprechenden deutschen Bevölkerungsgruppe. Bei den über 65-Jährigen hatten Ausländer (Frauen und Männer gleichermaßen) gegenüber Deutschen sogar ein um fast zwei Drittel niedriger liegendes Sterbeniveau.

Männer haben gegenüber Frauen in nahezu allen Altersgruppen ein deutlich erhöhtes Sterberisiko

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt auf, dass deutsche Männer gegenüber deutschen Frauen in allen Altersgruppen ein erhöhtes Sterberisiko haben. Diese, auf das Geschlecht bezogene, Aussage trifft im Wesentlichen auch auf die ausländische Population zu. Lediglich bei den über 85-Jährigen lag die Sterbeziffer der Ausländerinnen 29 % über der der ausländischen Männer. Insgesamt gesehen fallen die gegenüber Frauen zu beobachtenden höheren altersspezifischen Sterberaten der Männer bei den ausländischen Männern jedoch deutlich geringer aus als bei den Deutschen (vgl. Abbildung 3.3).

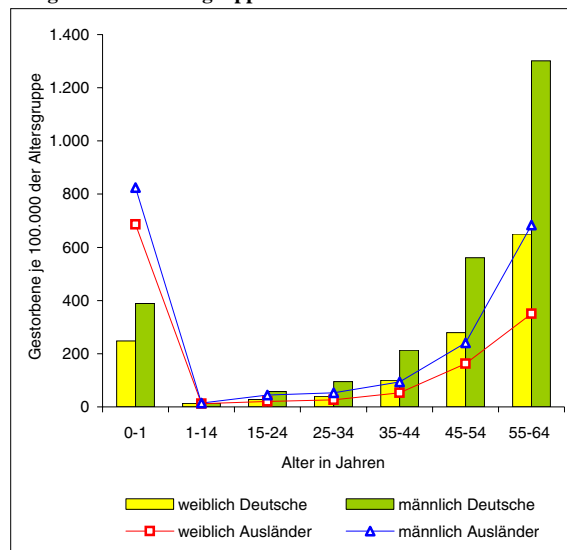
Todesursachenspezifische Sterblichkeit

Das Todesursachenspektrum wird sowohl hinsichtlich der Gesamt- als auch der vorzeitigen Mortalität von nur wenigen Diagnosen bestimmt. Bezogen auf alle Altersgruppen führen Durchblutungsstörungen des Herzens und zerebrovaskuläre Krankheiten das Todesursachenspektrum an. Bei den deutschen Frauen geht derzeit mehr als jeder vierte Todesfall (28 %) auf ischämische Herzkrankheiten und zerebrovaskuläre Insulte zurück. Des Weiteren ging bei ihnen in den letzten Jahren etwa jeder fünfzehnte Sterbefall zu Lasten von Lungen- und Brustkrebs. Auch bei den Ausländerinnen sind die genannten Herz-Kreislaufkrankheiten die häufigsten Todesursachen. Gemessen an allen kodierten Todesursachen lag der Anteil der an ischämischen Herz- und zerebrovaskulären Krankheiten gestorbenen ausländischen Frauen mit 18 % aber noch zehn Prozentpunkte unter dem der deutschen Frauen. Versus lag der Anteil der an Lungen- bzw. Brustkrebs gestorbenen Ausländerinnen (das betraf mehr als jeden zehnten Sterbefall) über dem der deutschen Frauen. Bei ihnen ging jeder fünfzehnte Sterbefall zu Lasten von Lungen- und Brustkrebs.

Ischämische Herzkrankheiten und Schlaganfälle stehen auch bei den Männern an vorderster Stelle des Todesursachenspektrums. Bei den Deutschen wurden 22 % und bei den Ausländern 19 % aller Todesfälle mit einer dementsprechenden Todesursache verschlüsselt. Lungenkrebs war bei etwa jedem fünfzehnten deutschen und bei mehr als jedem zehnten ausländischen Mann das zum Tode führende Leiden.

Bei den unter 65-Jährigen führen Sterbefälle an Lungen- und Brustkrebs sowie nichtnatürliche Todesfälle (infolge von Verletzungen und Vergiftungen wie etwa Suizide und Unfälle) die Rangfolge der Todesursachen an.

Abbildung 3.3: Geschlechts- und altersspezifische Mortalität in Berlin 2000 - 2005 (zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit und ausgewählten Altersgruppen



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

Nach Einzeltodesursache ist bei den unter 65-jährigen deutschen Frauen, aber auch ausländischen Frauen, Brustkrebs Todesursache Nummer eins, gefolgt von Lungenkrebs und Schlaganfall. Fast jeder vierte Todesfall war innerhalb der deutschen und jeder fünfte innerhalb der ausländischen unter 65-jährigen Frauen auf diese drei Todesursachen zurückzuführen (vgl. Tabellen 3.2.6 e und 3.2.6 g).

Lungenkrebs, gefolgt von chronische ischämische Herzkrankheit und Alkoholismus sind bei den unter 65-jährigen deutschen Männern die häufigsten Todesursachen. Etwa ein Viertel der Sterbefälle gingen in den letzten Jahren zu Lasten dieser Krankheiten. Lungenkrebs führte auch bei den unter 65-jährigen Ausländern die Rangfolge der Todesursachen an. An zweiter Stelle stand bei ihnen Suizid, gefolgt von Todesfällen, bedingt durch eine chronische ischämische Herzkrankheit.

Die Tatsache, dass bei unter 65-jährig gestorbenen Personen die zahlenmäßig am häufigsten kodierten Todesursachen zu den sogenannten vermeidbaren Sterbeursachen zählen, stellt die gesundheitspolitische Bedeutung der Problematik einmal mehr in den Vordergrund. *Ungesunde Verhaltensweisen sind Hauptrisikofaktoren* für die Entstehung von schweren Krankheiten und infolge dieser nach sich ziehende Sterbefälle. Krankheiten und Todesfälle, maßgeblich in Verbindung zu bringen mit *Rauchen und chronischem Alkoholmissbrauch*, sind als prädisponierende Faktoren an erster Stelle zu nennen. Im Zeitraum von 2001 bis 2005 starben beispielsweise rund 3.000 unter 65-jährige Berlinerinnen (2.800 deutscher und 200 ausländischer Staatsangehörigkeit) an den Folgen von Alkoholabhängigkeit und nikotinassozierten Krankheiten. Bei den Männern waren sogar 7.300 deutsche und 500 ausländische Todesopfer zu beklagen.

Die Folgen des *Rauchens*, das als *Hauptrisikofaktor für Lungenkrebs* gilt, nehmen bei den Frauen einen immer höheren Stellenwert ein. Bei keiner anderen Krebslokalisation steigt bei ihnen derzeit die Zahl der gemeldeten Neuerkrankungen so stark an wie es bei Lungenkrebs der Fall ist. Demgegenüber ist die Inzidenzrate bei den Männern eher rückläufig. Eine Hauptursache der starken Zunahme von Lungenkrebs bei Frauen könnte darin begründet sein, dass die Raucherprävalenz bei den Frauen immer noch im Ansteigen begriffen ist und das Einstiegsalter zudem noch sinkt. Mittlerweile rauchen unter den 12- bis unter 18-Jährigen mehr Mädchen als Jungen. Außerdem wird vermutet, dass Frauen und Männer ein unterschiedliches Rauchverhalten aufweisen. Ergebnisse verschiedener Studien weisen darüber hinaus auf eine bei Frauen gegenüber Männern doppelt so hohen Zigarettenrauchempfindlichkeit hin. Dies gilt sowohl für Aktiv- als auch für Passivrauchen (Bornhäuser 2002).

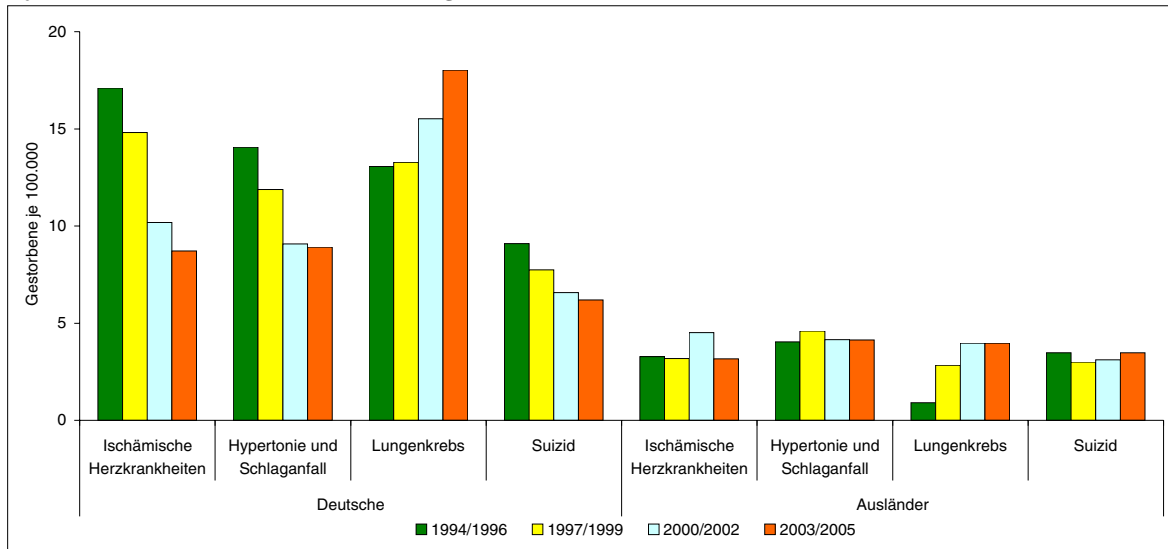
Außer bei deutschen Männern starker Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit

Von 1994 bis 2005 starben in Berlin 6.929 deutsche Frauen, 2.225 bzw. 32 % von ihnen waren jünger als 65 Jahre, an den Folgen einer bösartigen Neubildung der Bronchien und der Lunge. Die Sterbeziffer nahm in diesem Zeitraum, bezogen auf alle Altersgruppen, um fast ein Viertel und bei den unter 65-Jährigen sogar um 38 % zu. Noch intensiver als bei den deutschen Frauen war der Anstieg von Lungenkrebs jedoch bei den Ausländerinnen. Insgesamt starben im genannten Zeitraum 117 Ausländerinnen an einem Lungenkarzinom, 68 bzw. 58 % der Gestorbenen wurden keine 65 Jahre alt. Das Risiko, an Lungenkrebs zu sterben, hat sich bei den unter 65-jährigen Ausländerinnen seit 1994 nahezu vervierfacht (vgl. Abbildung 3.4).

Auch bei den ausländischen Männern kam es zu einem starken Anstieg der Lungenkrebssterblichkeit. Seit 1994 wurden in Berlin 534 Todesfälle registriert. 362 (68 %) der an Lungenkrebs gestorbenen ausländischen Männer waren zum Zeitpunkt ihres Todes in einem Alter von unter 65 Jahren. Erfreulicherweise ist die Krebssterblichkeit innerhalb der deutschen männlichen Population, bezogen auf alle Altersgruppen, nicht weiter angestiegen. Bei den unter 65-Jährigen ist sogar ein rückläufiger Trend erkennbar. Insgesamt starben aber in Berlin im Zeitraum von 1994 bis 2005 12.590 deutsche Männer an bösartiger Neubildung der Bronchien und der Lunge. 5.158 (das entsprach einem Anteil von 41 %) von ihnen waren jünger als 65 Jahre (vgl. Abbildung 3.5).

Abbildung 3.4:

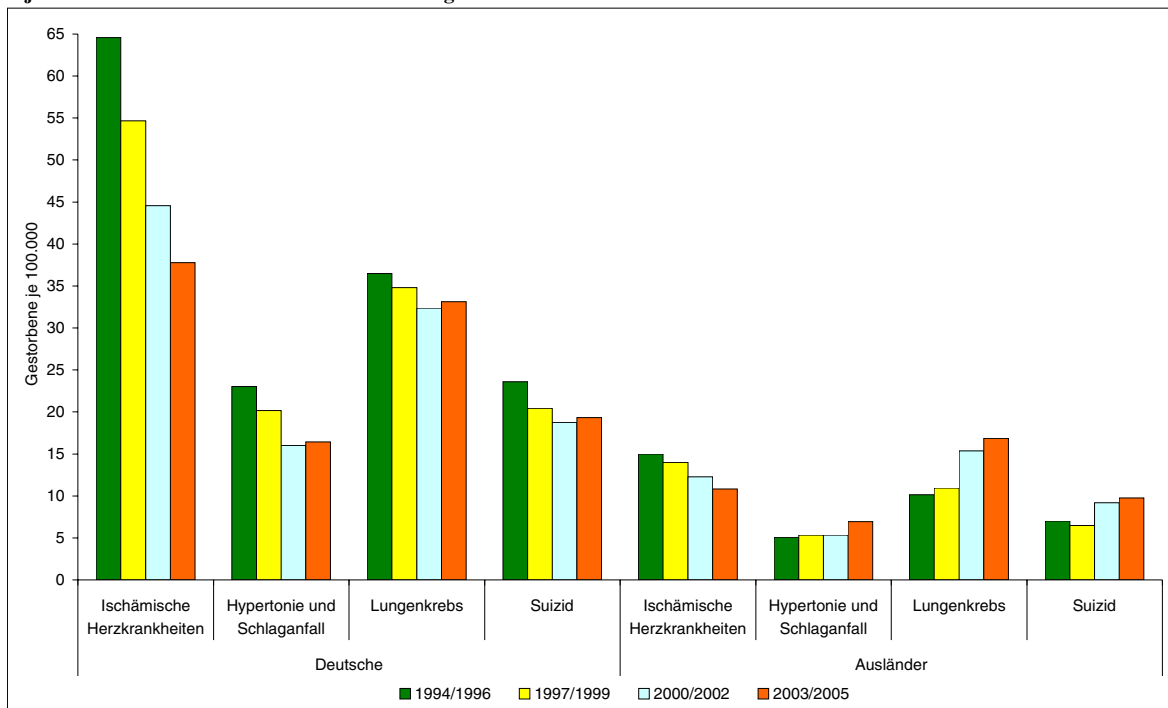
Todesursachenspezifische Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin 1994 - 2005 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit
- je 100.000 der durchschnittlichen Bevölkerung / weiblich



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

Abbildung 3.5:

Todesursachenspezifische Sterblichkeit an ausgewählten Todesursachen (Alter: 0 - 64 Jahre) in Berlin 1994 - 2005 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit
- je 100.000 der durchschnittlichen Bevölkerung / männlich



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

Suizidrate bei
Ausländerinnen und
Ausländern nimmt zu

Bei unter 65-Jährigen geht fast jeder zwanzigste Todesfall auf eine Selbsttötung zurück. Der Anteil an der vorzeitigen Sterblichkeit liegt innerhalb der ausländischen Bevölkerung über dem der deutschen. So geht derzeit etwa jeder zehnte vorzeitige Sterbefall bei den Ausländern und jeder zwan-

zigste bei Ausländerinnen zu Lasten eines Suizids. Versus lag der Anteil der Suizide bei den deutschen Männern mit 5,3 % und bei den Frauen mit 3,3 % deutlich darunter. Obwohl die Suizidrate innerhalb der ausländischen Bevölkerung noch deutlich unter der der deutschen Population liegt (derzeit etwa 45 %), nahm die Zahl der Selbsttötungen bei den in Berlin lebenden Personen ausländischer Herkunft in den letzten zehn Jahren kontinuierlich zu, während innerhalb der deutschen Bevölkerung eher ein rückläufiger Trend zu beobachten ist.

Säuglings- und Perinatalsterblichkeit

Die *Säuglingssterblichkeit* (mit der alle innerhalb des ersten Lebensjahres Gestorbenen erfasst werden) ist ein guter *Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Lage einer Bevölkerung* und kann dabei den qualitativen Stand der Gesundheitsprävention und die geburtshilfliche-pränatale sowie neonatologische Versorgung reflektieren. Des Weiteren dient die Säuglingssterblichkeit als Qualitätsmaß der gesundheitlichen Betreuung im gesamten ersten Lebensjahr.

Weltweit gehört *Deutschland zu den Ländern mit den niedrigsten Säuglingssterblichkeitsraten*. Und innerhalb Deutschlands hatten wiederum Berliner Säuglinge neben Säuglingen aus Baden-Württemberg, Sachsen und Bayern in der Zeit von 2000 bis 2005 (Daten für 2006 liegen noch nicht vor) das bundesweit niedrigste Sterberisiko.

Im Jahr 2006 starben in Berlin 108 Säuglinge. Mit einer Sterbeziffer von 3,7 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene ist diese gegenüber dem Vorjahr (98 Gestorbene bzw. 3,4 je 1.000) wieder etwas angestiegen. Die niedrigste Säuglingssterblichkeit wurde in Berlin im Jahr 2002 beobachtet, wo 95 Säuglinge bzw. 3,3 je 1.000 Lebendgeborene innerhalb des ersten Lebensjahres starben.

Neben der Tatsache, dass die Säuglingssterblichkeit der Jungen über der der Mädchen liegt (z. B. im Zeitraum von 2004 bis 2006 männlich: 178 Gestorbene, bzw. 3,9 je 1.000 Lebendgeborene; weiblich: 142 bzw. 3,3 je 1.000), bestehen Sterblichkeitsunterschiede auch hinsichtlich der Staatsangehörigkeit.

Bei höheren Ausgangswerten ging die Sterbeziffer der Säuglinge ausländischer Herkunft in Berlin von 1992 bis Ende der neunziger Jahre stärker (minus 55 %) als die der deutschen (minus 38 %) zurück. Gegenüber deutschen hatten ausländische Säuglinge im Zeitraum von 1994 bis 1999 sogar ein deutlich niedriger liegendes Sterberisiko.

Mit Inkrafttreten des neuen Staatsangehörigkeitsgesetzes (StAG) am 01.01.2000 kam es jedoch zu erheblichen Verschiebungen und Disparitäten in der Bevölkerungsstatistik, die seitdem auch Auswirkungen auf die Deskription des Säuglingssterblichkeitsgeschehens nach Staatsangehörigkeit haben. Mit der sogenannten Optionslösung erhalten in der Bundesrepublik Deutschland lebend geborene Kinder ausländischer Eltern die deutsche Staatsbürgerschaft, wenn sich mindestens ein Elternteil dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland aufhält und eine Aufenthaltserlaubnis besitzt. Diese Veränderungen in der Gesetzgebung üben natürlich einen nicht unerheblichen Einfluss auf statistische Erhebungen hinsichtlich des Merkmals „Staatsangehörigkeit“ aus. Eine valide Datenbereitstellung und Aufbereitung (z. B. die Erstellung von Zeitreihen) wird zunehmend an Bedeutung verlieren. Gesundheitsrelevante Aspekte können somit nur defizitär behandelt werden. Zudem werden zielgerichtete (politische) Interventionen hinsichtlich vulnerabler Gruppen erheblich erschwert.

Erschwerte Aussagen durch Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes

Bezüglich der Auswirkungen des StAG sei an dieser Stelle beispielhaft genannt, dass *seit 2000 allein drei Viertel der in Berlin von Türkinnen neugeborenen Kinder die deutsche Staatsangehörigkeit erhalten haben*. Insgesamt galt bis 1999 etwa jedes fünfte (in Berlin-West gar jedes dritte) geborene Kind als „Ausländer“. Mit Inkrafttreten des StAG wurde nur noch jedes elfte Lebendgeborene mit ausländischer Staatsbürgerschaft registriert. Die veränderte Regelung schlägt sich auch in Aussagen

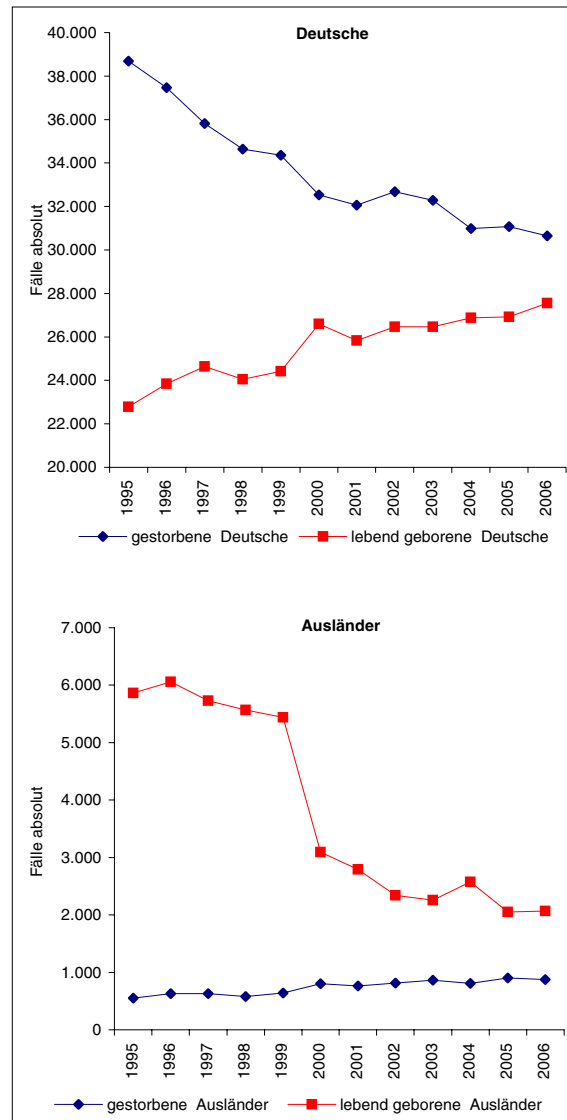
zum Verhältnis der Lebendgeborenen zu den Gestorbenen („Lebendgeborenen- bzw. Gestorbenenüberschuss“) nieder. Bis 1999 kamen z. B. bei der deutschen Population 0,66 Lebendgeborene auf einen Gestorbenen. Seit 2000 liegt das Verhältnis bei 0,83 zu 1, ohne Optionslösung würde es 0,75 zu 1 betragen. Bei den Ausländern kam hingegen bis 1999 auf 9,2 Lebendgeborene ein Gestorbener. In den letzten Jahren betrug das Verhältnis etwa 3,2 zu 1, ohne Optionslösung läge es aber immer noch bei 6,2 zu 1 (vgl. Abbildung 3.6).

Säuglingssterblichkeitsrate bei Ausländern dreimal so hoch wie bei den Deutschen

Wie bereits erwähnt wird durch die Gesetzesänderung die Höhe der Säuglingssterblichkeitsrate, insbesondere jedoch die der ausländischen Population, beeinflusst. Während von 1999 bis 2000 die Sterbeziffer der „deutschen“ Kinder von 4,8 gestorbenen Säuglingen je 1.000 deutsche Lebendgeborene auf 3,1 ‰ zurück ging, hat sie sich bei den „ausländischen“ Säuglingen nahezu verdreifacht - und zwar von 2,6 auf 8,4 Gestorbene je 1.000 ausländische Lebendgeborene. Bezogen auf „deutsche“ Säuglinge hat sich deren Risiko, innerhalb des ersten Lebensjahres zu sterben, seit 2000 kaum verändert. In der Zeit von 2001 bis 2006 lag ihre durchschnittliche Sterbeziffer pro Jahr bei etwa 3,2 Gestorbenen je 1.000 deutsche Lebendgeborene, wobei die niedrigsten Ziffern in den Jahren 2002 und 2005 mit jeweils 2,8 ‰ beobachtet wurden. Anders bei den ausländischen Säuglingen, deren Mortalitätsrate seit 2000 um weitere 13 ‰ angestiegen ist. In Berlin lag die Säuglingssterblichkeit der ausländischen Säuglinge mit durchschnittlich 9,5 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene in den letzten drei Jahren dreimal so hoch wie die der deutschen (vgl. Abbildung 3.7).

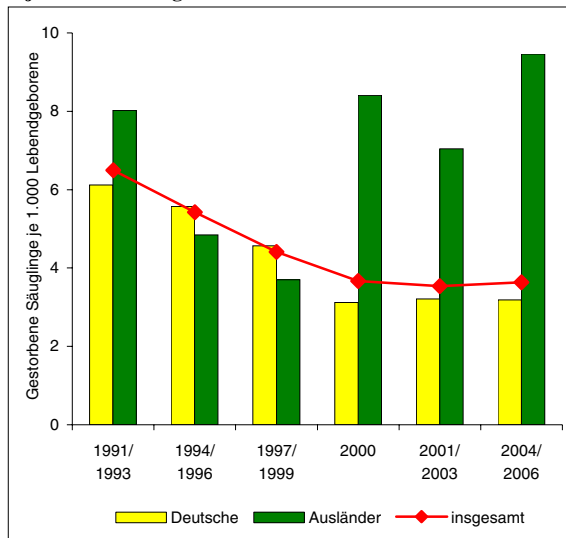
Innerhalb der Berliner Bezirke unterliegt die Säuglingssterblichkeit einer erheblichen Schwankungsbreite. Das Sterberisiko steht in engem Zusammenhang mit der jeweiligen sozialen Lage. In den letzten Jahren hatten z. B. Säuglinge aus Bezirken mit negativen Sozialindizes (das trifft auf Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln zu) durchweg höhere Sterberaten als Säuglinge aus Bezirken mit einer vergleichsweise guten Sozialstruktur (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Treptow-Köpenick, Charlottenburg-Wilmersdorf). Das in Zusammenhang mit der Sozialstruktur in Verbindung zu bringende erhöhte versus niedriger liegende Sterberisiko trifft sowohl auf deutsche als auch auf ausländische Säuglinge zu. Dass bei deutschen Säuglingen in Bezirken mit guten sozialen Bedingungen (wie etwa in Reinickendorf) zu beobachtende etwas erhöhte Sterberisiko liegt nicht zuletzt an der eingangs beschriebenen Optionsregelung zur Staatsangehörigkeit. Die in den Bezirken Marzahn-Hellersdorf und Lichtenberg erheblich über dem Berliner Durchschnittswert liegenden Mortalitätsraten der aus-

Abbildung 3.6:
Gestorbene und Lebendgeborene in Berlin 1995 - 2006
nach Staatsangehörigkeit
- Fälle absolut



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

Abbildung 3.7:
Säuglingssterblichkeit in Berlin 1991 - 2006 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit - je 1.000 Lebendgeborene



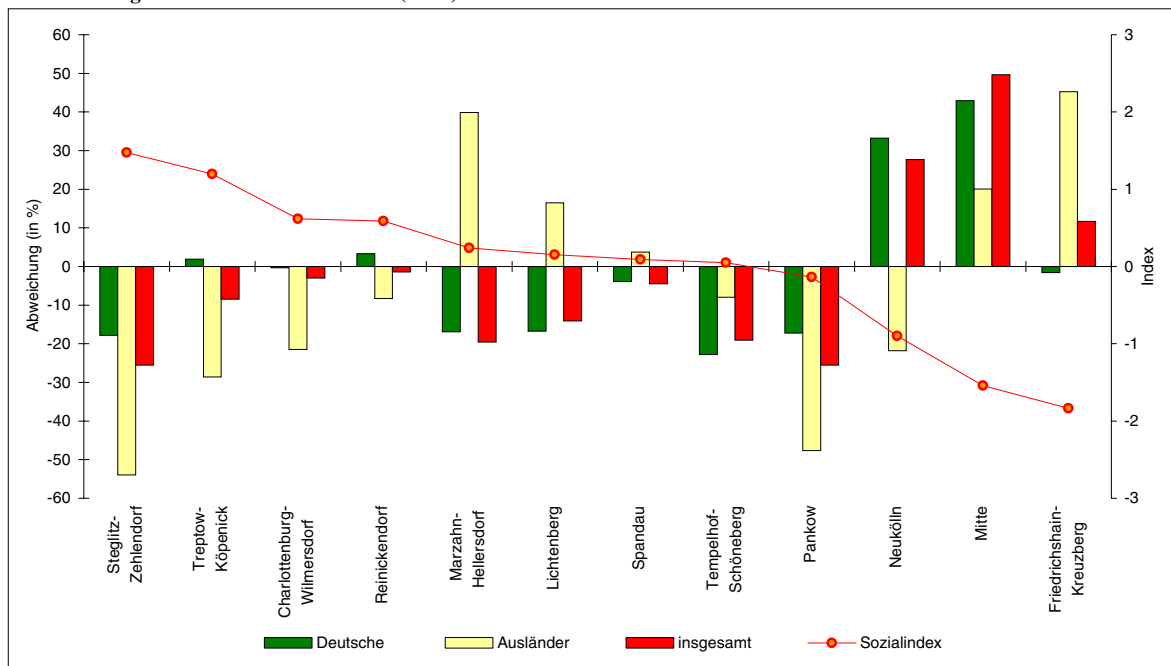
(Datenquelle: AfS Berlin-Brandenburg / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

ländischen Säuglinge können wegen der nach wie vor in diesen - ehemals Berlin-Ost zugehörigen - Bezirken geringen Anzahl dort lebender ausländischer Personen noch nicht ausreichend interpretiert werden. Zur Senkung der Säuglingssterblichkeit sollte jedoch den dort lebenden ausländischen vulnerablen Gruppen (z. B. Vietnamesen, Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, Asylbewerbern in Sammelunterkünften und zugewiesenen anderen Wohnungen) erhöhte gesundheitspolitische Aufmerksamkeit und Fürsorge gewidmet werden (vgl. Abbildung 3.8).

Die *Perinatalsterblichkeit* gibt Auskunft über die Frühsterblichkeit (Gestorbene in den ersten sieben Lebenstagen) und die Zahl der Totgeborenen. Sie wird in erster Linie zur *Beurteilung von Wirksamkeit der unmittelbaren geburtshilflich-neonatalogischen Betreuung* genutzt. Gleichzeitig liefert sie aber auch wichtige Informationen über die Qualität und Effektivität der Schwangerenbetreuung. Darüber hinaus erlaubt gerade die Frühsterblichkeit differenzierte Aussagen über den erreichten Stand bei der Vermeidbarkeit von Säuglingssterblichkeitsfällen (perinatale Sterbefälle zählen zu den sogenannten vermeidbaren Todesfällen (vgl. auch Tabellen 3.2.12 und 3.2.13)).

Abbildung 3.8: Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und Säuglingssterblichkeit in Berlin 2002 - 2006 (zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit und Bezirken - Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)

Abbildung 3.8:
Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und Säuglingssterblichkeit in Berlin 2002 - 2006 (zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit und Bezirken - Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)



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

Nach Änderung des Personenstandsgesetzes Anstieg der perinatalen Sterbefälle

Von 1992 bis 1994 wurde in Berlin, bezogen auf 1.000 Geborene, die bundesweit niedrigste Perinatalsterblichkeit registriert. Mit der Änderung des Personenstandsgesetzes (PStG) und der dazugehörigen Ausführungsverordnung (PStV) zum 01.04.1994, in der in § 29 PStG festgelegt wurde, dass Totgeburten bereits ab einem Gewicht von 500 Gramm in das

Sterbebuch des zuständigen Meldeamtes einzutragen sind (vorher: ab einem Gewicht von 1.000 Gramm, vgl. Erläuterungen zu „Geborene“ im Anhang), kam es erwartungsgemäß in den Folgejahren in allen Bundesländern zu einem starken Anstieg der Perinatalsterblichkeit.

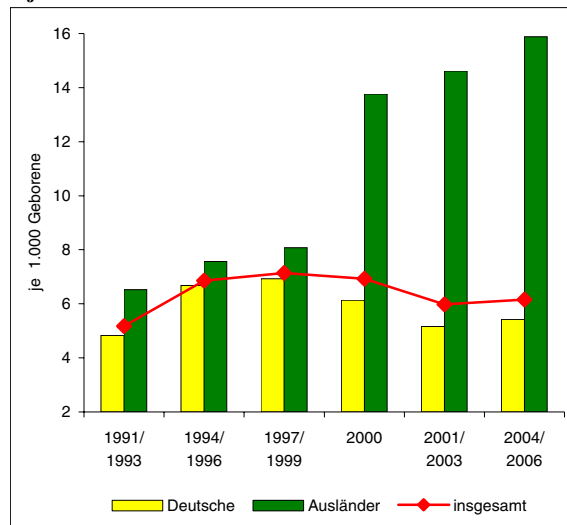
Wie die Säuglingssterblichkeit liegt auch die Perinatalsterblichkeit innerhalb der ausländischen Bevölkerungspopulation erheblich über der der deutschen. Das war im gesamten Beobachtungszeitraum (1991 bis 2006) der Fall. Mit der *Änderung des Staatsangehörigkeitsgesetzes* hat sich die „Übersterblichkeit“ der ausländischen Säuglinge jedoch noch weiter erhöht. Mit einer Rate von 15,9 Gestorbenen je 1.000 Geborene hatten ausländische Säuglinge aus Berlin gegenüber deutschen (5,4 je 1.000) in den Jahren 2004 bis 2006 eine fast dreimal so hohe Perinatalsterblichkeit. Bezüglich der Frühsterblichkeit lag das Sterberisiko der ausländischen Säuglinge sogar viermal über dem der gestorbenen Säuglinge mit deutscher Staatsangehörigkeit (vgl. Abbildung 3.9 und Tabelle 3.2.39 a).

Ein zu geringes *Geburtsgewicht* ist die Hauptursache der Frühsterblichkeit. Aber auch nach der ersten Lebenswoche haben Säuglinge mit einem zu niedrigen Geburtsgewicht gegenüber Reifgeborenen (Geburtsgewicht >2.500 Gramm) ein höheres Risiko, innerhalb des ersten Lebensjahres zu sterben. Unreif geborene ausländische Säuglinge haben wiederum gegenüber deutschen ein erhöhtes Sterberisiko. So hatten beispielsweise in den letzten Jahren im Durchschnitt gesehen 6,3 gestorbene ausländische Säuglinge bezogen auf 1.000 Lebendgeborene ein zu geringes Geburtsgewicht. Demgegenüber bezifferte sich die Rate bei den deutschen Säuglingen auf lediglich 1,7 Gestorbene je 1.000 Lebendgeborene.

Plötzlicher Kindstod bei ausländischen Säuglingen häufiger als bei deutschen

Der *Plötzliche Kindstod* (Sudden infant death syndrome - SIDS) zählt zu den häufigsten Todesursachen im Säuglingsalter. Obwohl die Sterblichkeit an SIDS rückläufig ist, starben in Berlin in den letzten Jahren im Durchschnitt gesehen jährlich etwa 12 Säuglinge (das betraf immerhin noch mehr als jeden zehnten Säuglingssterbefall), bei denen die Todesursache weder anhand der Anamnese noch durch gründliche Untersuchung bei der Obduktion ermittelt werden kann. Ausländische Säuglinge hatten gegenüber deutschen ein höheres Risiko, an SIDS zu sterben. In der Zeit von 2003 bis 2005 wurde für ausländische Säuglinge eine Sterberate von 0,58 je 1.000 Lebendgeborene ermittelt. Demgegenüber lag die Rate bei den deutschen Kindern mit 0,44 Gestorbenen je 1.000 Lebendgeborene immerhin 38 % darunter.

Abbildung 3.9:
Perinatalsterblichkeit (Gestorbene in den ersten sieben Lebensstagen und Totgeborene) in Berlin 1991 - 2006 (jeweils drei Jahre zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit - je 1.000 Geborene



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

3.1.1.2 Morbidität

Tuberkulose

Die Tuberkulose (Tbc) ist eine infektiöse Erkrankung, deren Behandlung ein langwieriger Prozess ist. In Deutschland ist Tuberkulose zwar weiterhin rückläufig, weltweit ist sie aber immer noch die *häufigste zum Tode führende Infektionskrankheit*. Schätzungen zufolge erkranken weltweit jährlich etwa acht Millionen Menschen an Tbc, von denen wiederum ein Drittel stirbt.

In Deutschland erkranken derzeit im Durchschnitt gesehen etwa 5.500 Personen im Jahr an Tuberkulose aller Formen. Männer haben gegenüber Frauen ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko. Das Verhältnis beträgt nahezu 2 : 1. Trotz der guten Behandlungsmöglichkeiten ist die Tbc auch hierzulande noch immer eine Krankheit mit einer verhältnismäßig hohen Letalität. Die Zahl der bundesweit an Tbc Gestorbenen lag in den letzten Jahren bei rund 450 pro Jahr (davon etwa 22 aus Berlin). Das bedeutet, dass auch hierzulande immerhin etwa jede vierzehnte Tbc-Erkrankung (bzw. deren Spätfolgen) tödlich verläuft.

Gemäß § 7 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) ist in der Bundesrepublik Deutschland der namentliche Nachweis von *Mycobacterium tuberculosis/afrikanum* und *mycobacterium bovis* meldepflichtig. Laut RKI-Erfassungsstand vom 01.03.2007 wurden für das Jahr 2006 in Deutschland insgesamt 5.408 (darunter 322 aus Berlin) Neuerkrankungen an Tuberkulose aller Formen gemeldet. Damit setzte sich der seit Jahren zu beobachtende rückläufige Trend der Tbc-Inzidenz fort. Den jährlichen Auswertungen zufolge kann jedoch keine Entwarnung hinsichtlich der multiresistenten Keime gegeben werden, deren Anteil in den letzten Jahren weiter zunahm. Resistenzen bilden sich vor allem dann aus, wenn Medikamente unregelmäßig oder in zu geringen Dosen eingenommen werden. Bei der Tuberkulosetherapie sind es vor allem marode Gesundheitssysteme (z. B. in den Dritte-Welt-Ländern oder vielen Ländern Osteuropas), die eine konsequente und erfolgversprechende Behandlung erschweren. WHO-Schätzungen zufolge werden aufgrund unzureichender Therapiemöglichkeiten z. B. in den baltischen Staaten, in Osteuropa und in Zentralasien inzwischen etwa 15 % aller Neuerkrankungen und rund 39 % der vorbehandelten Fälle durch multiresistente Erreger ausgelöst (die Angaben entstammen einer Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit anlässlich des Weltgesundheitstages am 7. April 2007 (BMG 2007)).

Rückläufiger Trend der Tuberkuloseerkrankungen setzt sich fort

Berlin gehörte auch 2006 mit einer Neuerkrankungsrate von 9,5 je 100.000 Einwohner nach Hamburg (11,1 je 100.000) und Bremen (9,8) zu den Bundesländern mit der bundesweit *höchsten Tuberkuloseinzidenz*. Demgegenüber wurde in Brandenburg (3,9 je 100.000), gefolgt von Schleswig Holstein (4,3), Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen (je 4,9) das niedrigste Erkrankungsrisiko beobachtet.

Seuchenhygienisch haben die *ansteckenden Formen der Lungentuberkulose* die größte Bedeutung, da nur sie für eine Weiterverbreitung verantwortlich gemacht werden. In Berlin stellten *offene Lungentuberkulosen* in den letzten Jahren über zwei Drittel der Gesamttuberkulosemorbidität. Im Jahr 2006 erkrankten 208 Berliner (140 Männer und 68 Frauen) an einer offenen Lungentuberkulose. 81 (bzw. 39 %) der Erkrankten waren der Staatsangehörigkeit nach Ausländer (55 männlichen, 26 weiblichen Geschlechts) und 127 Deutsche (85 Erkrankte waren Männer, 42 Frauen). Von den Erkrankten mit deutscher Staatsangehörigkeit hatte wiederum jede zwanzigste erkrankte Personen einen Migrationshintergrund. In der Mehrzahl handelte es sich dabei um Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion.

Insgesamt gesehen ging die altersstandardisierte Morbiditätsrate der an offener Lungentuberkulose Erkrankten seit Anfang der neunziger Jahre sowohl innerhalb der deutschen als auch innerhalb der ausländischen Bevölkerung zurück. Der Rückgang vollzog sich bei deutschen Männern und Frauen jedoch stärker als bei Ausländern, deren Erkrankungsrisiko

Ausländische Personen haben nach wie vor ein hohes Tbc-Erkrankungsrisiko

im gesamten Beobachtungszeitraum um ein Vielfaches über dem der deutschen Population lag. Die größten Unterschiede gab es bei den Frauen. Im Zeitraum von 2003 bis 2006 belief sich die altersstandardisierte Tbc-Rate der in Berlin lebenden Ausländerinnen auf durchschnittlich 15,8 Neuerkrankungen je 100.000. Die Rate der deutschen Frauen lag mit etwa 2,3 je 100.000 Frauen erheblich darunter. Auch bei den Männern hatten Deutsche (6,1 je 100.000) gegenüber Ausländern (24,4 je 100.000) ein erheblich geringeres Risiko, an einer offenen Lungentuberkulose zu erkranken. Zudem hat sich bei ausländischen Männern - wenn auch im Jahr 2006 nach 2001 die bis dahin niedrigste Erkrankungsrate beobachtet wurde (vgl. auch Tabellen 3.2.52 und 3.2.52 a) - die durchschnittliche Morbiditätsrate seit Ende der neunziger Jahre kaum verändert (vgl. Abbildung 3.10).

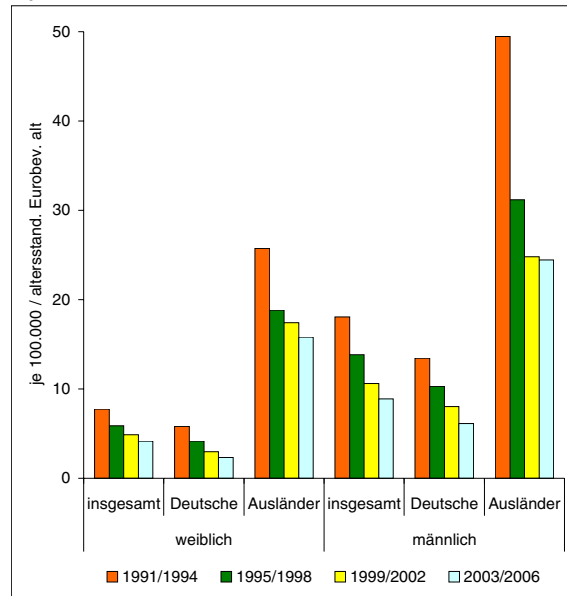
Das Risiko, an einer offenen Lungentuberkulose zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter. Die höchsten Morbiditätsraten verzeichnen über 75-Jährige. Während sich innerhalb der deutschen Population der Anstieg kontinuierlich vollzieht, ist das bei ausländischen nicht der Fall. So haben innerhalb der ausländischen Bevölkerung etwa 15- bis unter 45-Jährige (Männer und Frauen gleichermaßen) deutlich höhere Erkrankungsrate als vergleichsweise 45- bis unter 65-Jährige. Insgesamt gesehen haben in allen Altersgruppen Ausländerinnen und Ausländer erheblich höhere Erkrankungsziffern als Deutsche (vgl. Abbildung 3.11).

Tuberkulose steht in engem Zusammenhang mit der Sozialstruktur

Die Tuberkulose, und hier wiederum die offene Tbc, steht in engem Kontext mit der gesundheitlichen und

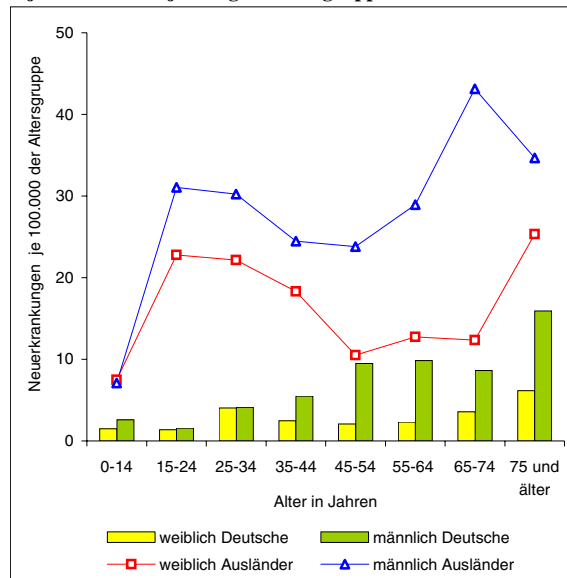
sozialen Lage der Bevölkerung. Dies belegen auch die unterschiedlichen Tbc-Häufigkeiten in den *Berliner Bezirken*. So haben Personen aus Bezirken mit negativen Sozialindizes (mit diesen sind hinsichtlich der Tuberkulose insbesondere Merkmale der sozialen Ungleichheit wie: Arbeitslosenquote, Sozialhilfeempfänger, Einkommen, Bildung, Alter, Geschlecht, Haushaltsgröße, Staatsangehörigkeit und Migrationshintergrund assoziiert) ein drei- bis vierfach höheres Erkrankungsrisiko als Personen aus Bezirken mit einer guten sozialen Lage. Im Zeitraum von 2002 bis 2006 wurde in den Berliner Bezirken mit den schlechtesten sozioökonomischen Bedingungen (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg, Neukölln) eine durchweg erhöhte Tuberkulosemorbidity verzeichnet, während in Bezirken, denen eine vergleichsweise gute

Abbildung 3.10:
Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose in Berlin 1991 - 2006 (jeweils vier Jahre zusammengefasst) nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit - je 100.000 / altersstand. Eurobev. alt



(Datenquelle: Bis 2000 AFS Berlin-Brandenburg, seit 2001 RKI / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Abbildung 3.11:
Neuerkrankungen an offener Lungentuberkulose in Berlin 2004 - 2006 (zusammengefasst) nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit - je 100.000 der jeweiligen Altersgruppe



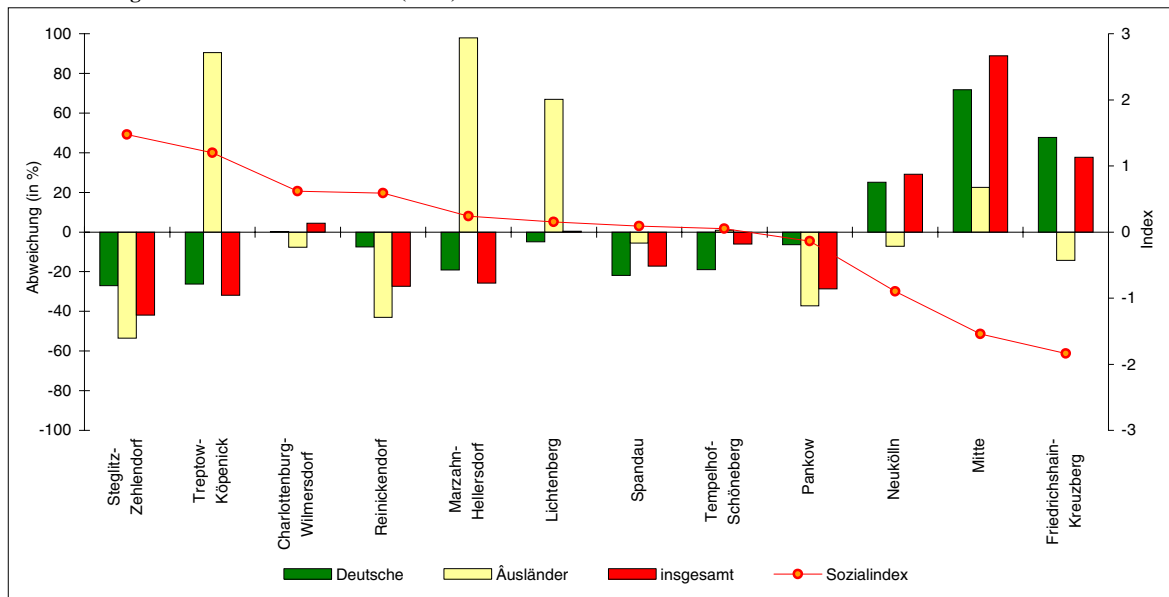
(Datenquelle: RKI / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

soziale Lage bescheinigt werden konnte (z. B. Steglitz-Zehlendorf, Charlottenburg-Wilmersdorf) ein deutlich unter dem Berliner Durchschnitt liegendes Erkrankungsrisiko beobachtet werden konnte. Die, wie aus Abbildung 3.12 ersichtlich, in Bezirken mit günstigen Sozialindizes bei Ausländern zu beobachtende überdurchschnittlich hohe Tbc-Erkrankungsrate ist vor allem darin begründet, dass in diesen Bezirken sehr viele Asylbewerber in Sammelunterkünften und zudem vermehrt Ausländer aus Ländern leben (z. B. aus Vietnam), in denen Tuberkulose endemisch ist.

Abbildung 3.12:

Zusammenhang zwischen Sozialindex (2003) und der Morbiditätsrate an offener Lungentuberkulose in Berlin 2002 - 2006 (zusammengefasst) nach Staatsangehörigkeit und Bezirken

- Abweichung vom Berliner Durchschnitt (in %)



(Datenquelle: RKI / Berechnung und Darstellung: SenGesUmV - I A -)

Bei Betrachtung nach der Herkunft der im Zeitraum von 2004 bis 2006 an offener Lungentuberkulose erkrankten Berlinerinnen und Berliner (694 gemeldete Neuerkrankungen) waren 403 der Erkrankten deutsche Staatsangehörige. Von ihnen hatte jedoch etwa jeder Zehnte (38 Fälle) einen Migrationshintergrund. In der Hälfte der Fälle waren Spätaussiedler aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion betroffen. Im genannten Zeitraum erkrankten außerdem 291 ausländische Staatsangehörige an offener Tbc. Der Häufigkeit nach führten erkrankte türkische Staatsangehörige (49 Fälle), gefolgt von Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien (42) und aus Vietnam (26) die Rangfolge an. Ein überdurchschnittlich hohes Erkrankungsrisiko hatten zudem in Berlin lebende Personen aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion (25 Neuerkrankungen) sowie aus Indien, Pakistan und Nepal (insgesamt 31 gemeldete Fälle).

Fast jede zweite an offener Lungentuberkulose erkrankte Person ist ausländischer Herkunft

AIDS / HIV

Das Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immundefektsyndrom, AIDS) bezeichnet eine Vielfalt von Symptomen, die beim Menschen infolge einer Infektion mit dem human immunodeficiency virus (HIV) auftreten und das Immunsystem zerstören. Obwohl sich die hoch spezialisierte Behandlung der HIV-Krankheit in den letzten Jahren weiter entwickelt hat, ist eine Heilung bis dato nicht möglich. Die Sterblichkeit infolge der Krankheit ist immer noch sehr hoch. Von den 24.908 seit 1982 bis Ende 2006 in Deutschland freiwillig an das RKI gemeldeten AIDS-Kranken (darunter 5.509 bzw. 22 % aus Berlin) sind 13.517 bzw. 55 % als verstor-

Über ein Fünftel aller AIDS-Kranken in Deutschland lebt in Berlin

ben registriert. Für Berlin bedeutet das, dass bis Ende 2006 3.188 (bzw. 58 %) an AIDS erkrankte und dem AIDS-Fallregister des RKI gemeldete Personen aus Berlin an den Folgen der HIV-Krankheit verstarben (vgl. Epidemiologisches Bulletin 2007). Tatsächlich liegt die Zahl der an der Immunschwächekrankheit verstorbenen Personen aber noch höher, da nicht alle an AIDS gestorbenen Personen dem RKI gemeldet werden.

Bei Betrachtung nach Nationalität der in Berlin an AIDS erkrankten Personen (633 weiblichen, 4.876 männlichen Geschlechts) waren 81 % bzw. 4.449 AIDS-Kranke der Staatsangehörigkeit nach Deutsche. Von 348 bzw. mehr als jedem zwanzigsten Fall war keine Nationalität bekannt. Bei 712 Erkrankten, das entsprach einem Anteil von 13 %, wurden jedoch Angaben zur Nationalität gemacht. Mit 106 Erkrankten war die Türkei am stärksten vertreten, gefolgt von erkrankten Frauen und Männern aus den USA (insgesamt 69), Italien (56), Frankreich und Großbritannien (je 30 Erkrankte).

Die Mehrzahl der AIDS-Kranken war *zum Zeitpunkt der Diagnosestellung jünger als 65 Jahre*. Lediglich 2 % waren in einem Alter von über 65 Jahren. Der Erkrankungsgipfel liegt bei den 30- bis unter 40-Jährigen (etwa 42 % aller gemeldeten Fälle). Insgesamt liegt das Erkrankungsrisiko der in Berlin lebenden Ausländer derzeit mit einer kumulierten Inzidenz von 173 je 100.000 unter 65-Jährigen nur 6,5 % unter dem der Deutschen (186 je 100.000).

Neben AIDS-Erkrankungen werden dem RKI auch *Meldungen über positiv bestätigte HIV-Antikörpertests* (nach § 4 Abs. 2 IfSG) übermittelt. Seit Beginn der HIV-Epidemie wurden bis Ende 2006 in Deutschland 65.016 positive HIV-Antikörpertests (ohne Mehrfachnennungen) registriert. Auch hier nimmt Berlin im Vergleich mit den anderen Bundesländern einen Spitzenplatz ein. Schätzungen zufolge lebt derzeit etwa jede fünfte mit HIV-infizierte Person aus Deutschland in der deutschen Hauptstadt.

Von 1993 bis 2006 wurden 4.097 HIV-Infektionen (Erstdiagnosen) bei 545 Frauen und 3.525 Männern aus Berlin gemeldet. Angaben zur Herkunftsregion (z. B. West-, Ost-, Mitteleuropa) sind bei den HIV-Meldungen mehr als defizitär. Allein bei über der Hälfte der eingegangenen Meldungen wurden keine derartigen Angaben gemacht. Von den Meldungen, bei denen Angaben zur Herkunft gemacht wurden, stammten 45 % der infizierten Personen aus Afrika (in der überwiegenden Mehrzahl aus Subsahara-Afrika). Fast jede vierte Meldung betraf Mittel- und Westeuropäer.

Straßenverkehrsunfälle

Unfälle im Straßenverkehr werden in der amtlichen Berichterstattung des Bundes und der Länder nach inner- und außerörtlichen Unfällen unterschieden. Zudem werden ausgewählte Merkmale zu Ausländerinnen und Ausländern in „Ausländer mit Wohnsitz im Inland“ und in „Ausländer mit Wohnsitz im Ausland“ in der *Straßenverkehrsunfallstatistik* dargestellt. Innerhalb dieser Gruppen wird nach einzelnen Staatsangehörigkeiten unterschieden. Hinsichtlich der bei den erfassten Unfällen verunglückten Personen beziehen sich die Angaben zur Staatsangehörigkeit jedoch nur auf verunglückte Fahrer, Mitfahrer bleiben bei der Erfassung nach Staatsangehörigkeit (Deutsche / Ausländer und deren Staatsangehörigkeit nach Land) unberücksichtigt (vgl. auch Tabelle 3.2.102 a). Weitere Angaben der Unfallbeteiligten und Betroffenen, etwa nach Alter und Geschlecht werden in der Straßenverkehrsunfallstatistik routinemäßig nicht ausgewertet. Ein weiteres Defizit besteht darin, dass die polizeilich erfassten Unfälle und die daran beteiligten verunglückten Personen nach dem Ereignisprinzip und nicht nach dem Wohnortprinzip erfasst werden. Bevölkerungsbezogene Auswertungen sind somit ungenau, da sich die Unfallrate bezogen auf die jeweilige Population automatisch erhöht.

Im Jahr 2006 *verunglückten* nach Angaben des AfS Berlin-Brandenburg (Straßenverkehrsunfälle 2007) *auf den öffentlichen Straßen Berlins 16.757 Personen* (Fahrer und Mitfahrer). 9.368 der verunglückten Personen waren männlichen und 7.387 weiblichen Geschlechts. Die überwiegende Mehrzahl der Verunglückten war jünger als 65 Jahre; lediglich 1.410 Verunfallte bzw. 8,4 % hatten das 65. Lebensjahr bereits überschritten. Bei den polizeilich erfassten Unfällen erlitten 14.821 bzw. 88 % der verunglückten Personen leichtere Verletzungen. Schwer verletzt wurden 1.862 Menschen und weitere 74 Verunfallte kamen ums Leben.

Angaben zur Herkunft der im Straßenverkehr verunglückten Personen stehen, wie bereits erwähnt, ohne Mitfahrer und ohne geschlechtsspezifische Zuordnung zur Verfügung. Demnach belief sich die Zahl der im Jahr 2006 auf Berliner Straßen verunglückten Personen ohne Mitfahrer auf 14.032. Unter 65-Jährige stellten den höchsten Anteil der im Straßenverkehr verunglückten Personen. Nur 7 % der verunglückten Männer und etwa jede zehnte verunglückte Frau waren älter als 65 Jahre. Der Staatsangehörigkeit nach waren 12.690 der Verunglückten Deutsche. Von ihnen wurden 11.102 leicht und 1.528 schwer verletzt. Des Weiteren verunglückten 60 deutsche Staatsbürger tödlich. Demgegenüber betrug die Zahl der im Berichtsjahr verunglückten Ausländer mit Wohnsitz im Inland 1.273 (1.124 Leicht-, 141 Schwerverletzte, 8 Getötete). Der Anteil der tödlich verunglückten ausländischen Personen war überproportional hoch. In den letzten drei Jahren handelte es sich im Durchschnitt gesehen bei etwa jeder achten im Berliner Straßenverkehr ums Leben gekommenen Person um einen ausländischen Staatsbürger.

Während die Rate der tödlich verunglückten Deutschen unter 65-jährigen Personen seit 1998 um etwa ein Viertel zurückging (von 2,8 Getöteten je 100.000 im Zeitraum 1998/2000 auf 2,1 je 100.000 in den Jahren 2004/2006), stieg sie bei den Ausländern im genannten Zeitraum um 57 % an.

Anstieg der tödlich verunglückten ausländischen Personen

Auch hinsichtlich der bei Straßenverkehrsunfällen erlittenen Verletzungen setzte sich innerhalb der deutschen Population der seit Mitte der neunziger Jahre zu beobachtende, wenn auch in den letzten Jahren nicht mehr so intensive Rückgang der unfallbedingten Morbiditätsrate weiter fort. Demgegenüber konnte sich das bis etwa 2003 bei Ausländern registrierte rückläufige Unfallgeschehen mit Verletzungsfolgen in den letzten drei Jahren nicht weiter fortsetzen. Hinsichtlich der Schwerverletzten ist eher wieder ein zunehmender Trend zu beobachten.

Betrachtet nach der Herkunft der in Berlin verunglückten ausländischen Personen, stellten türkische Staatsangehörige auch in den letzten Jahren den höchsten Anteil. Insgesamt verunglückten von 1998 bis 2006 im Berliner Straßenverkehr 4.543 türkische Personen. Das waren immerhin 40,8 % aller verunglückten Ausländer. Die zweithöchste Unfallzahl betraf Verunglückte aus dem ehemaligen Jugoslawien (insgesamt 1.376 bzw. 12,4 % aller verunglückten Ausländer), gefolgt von Polen (591 bzw. 5,3 %) und verunglückten Personen aus Ländern der ehemaligen Sowjetunion (ohne Baltische Staaten) (574 Fälle bzw. 5,2 %). Während sich das Risiko, im Straßenverkehr zu verunglücken, innerhalb der türkischen Population, aber auch für Personen aus ehemals Jugoslawien in den letzten Jahren eher verringerte, stieg es bei polnischen Staatsangehörigen und bei Staatsangehörigen der GUS weiter an. Besonders bedenklich ist der Anstieg der Schwerverletzten und der ums Leben gekommenen Personen. So war beispielsweise in den letzten drei Jahren jede siebente auf Berliner Straßen infolge von Kfz-Unfällen schwer verletzte ausländische Person der Staatsangehörigkeit nach Polin/Pole oder der GUS angehörend. Der Anteil der genannten Staatsangehörigkeiten an der im Straßenverkehr Getöteten lag noch um ein Mehrfaches höher. Allein von 2004 bis 2006 kamen acht (bzw. 38 %) von insgesamt 21 tödlich verunglückten Ausländern aus Polen bzw. der ehemaligen Sowjetunion.

Ausländer/innen aus Polen und den GUS-Staaten haben ein erhöhtes Unfallrisiko

Schwerbehinderte

Daten zu schwerbehinderten Personen werden in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 131 Absatz 2 SGB IX in Verbindung mit § 15 BStatG erhoben. Auskunftspflichtig sind die Versorgungsämter und die im Rahmen der Versorgungsverwaltung errichteten versorgungsärztlichen Untersuchungsstellen. In der *Schwerbehindertenstatistik* sind alle Schwerbehinderten mit einem Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 50 % erfasst. Die Statistik wird turnusmäßig alle zwei Jahre (Stichtag 31.12. des jeweiligen Jahres - zuletzt 2005) ausgewertet. In die Auswertung kommen nur Behinderte mit einem anerkannt gültigen Schwerbehindertenausweis. Obwohl differenzierte Angaben zur Staatsangehörigkeit (Land und Kontinent) der anerkannt Schwerbehinderten Bestandteil der Erhebungsmerkmale sind, bleiben sie in der Schwerbehindertenstatistik nahezu unberücksichtigt. In die Auswertungen gehen lediglich die Zuordnungen „Deutsche“ und „Ausländer“ ein.

Am 31.12.2005 waren in Berlin 308.765 Personen (166.941 weiblichen und 141.824 männlichen Geschlechts) in Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises. Insgesamt gesehen sind somit über neun Prozent der Berliner Bevölkerung anerkannt schwerbehindert (8,5 % der Männer und 9,6 % der Frauen). Während der Anteil der schwerbehinderten Berliner Männer knapp unter dem Bundesniveau lag, waren Berlinerinnen im Vergleich zu Frauen aus dem übrigen Bundesgebiet, deren Anteil bei 7,7 % lag, deutlich häufiger von einer Behinderung betroffen.

Innerhalb der deutschen Population stellte sich die *Schwerbehindertenprävalenz* wie folgt dar: Ende 2005 waren in Berlin der Staatsangehörigkeit nach 132.154 deutsche Männer in Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises. Das entsprach einem Anteil von 9,4 %. Des Weiteren galten 158.896 deutsche Frauen als schwerbehindert, deren Anteil an allen in Berlin lebenden deutschen Frauen 10,5 % betrug. Im Bundesdurchschnitt waren vergleichsweise nur acht von 100 deutschen Frauen schwerbehindert.

Jede 15. in Deutschland lebende anerkannte schwerbehinderte Ausländerin kommt aus in Berlin

Während insgesamt gesehen jede zehnte in der Hauptstadt wohnhafte deutsche Person eine anerkannte Schwerbehinderung aufwies, war das innerhalb der ausländischen Bevölkerung nur bei etwa jeder dreißigsten der Fall. Am 31.12.2005 waren in Berlin 17.715 Ausländer (8.045 weiblichen, 9.670 männlichen Geschlechts) als schwerbehindert registriert. Bezogen auf 100 Einwohner lag die Behindertenrate der Männer mit 3,9 deutlich unter der für ausländische Männer bundesweit errechneten Ziffer (4,8 von 100 Männern). Versus bei den Frauen, bei ihnen lag die Ziffer bezogen auf 100 Ausländerinnen in Berlin mit 3,6 über dem Bundesniveau (3,2). Immerhin lebten Ende 2005 über 7 % aller in der Bundesrepublik von Schwerbehinderungen betroffenen ausländischen Frauen in Berlin.

Angaben nach dem Herkunftsland der in Berlin lebenden ausländischen Schwerbehinderten mit gültigem Ausweis lagen für das Jahr 2005 nicht vor. In einer für Ende 1999 nach den Herkunftsländern detaillierten Auflistung (insgesamt waren zu diesem Zeitpunkt 18.387 ausländische Personen als schwerbehindert gemeldet) waren mehr als die Hälfte der Betroffenen türkische Staatsangehörige. Den zweithöchsten Anteil stellten mit über 17 % schwerbehinderte Personen aus dem ehemaligen Jugoslawien, von denen wiederum die überwiegende Mehrzahl aus Serbien und Montenegro stammte.

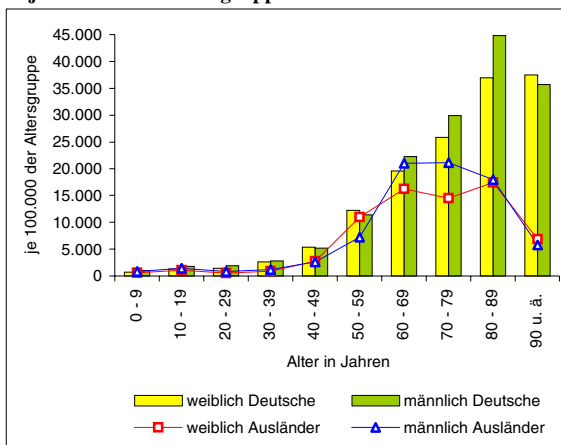
Behinderungen, von angeborenen und unfallbedingten Schwerbehinderungen einmal abgesehen, sind stark altersabhängig. Die *Schwerbehindertenrate steigt ab dem 30. Lebensjahr kontinuierlich* an. Bis zum 70. Lebensjahr muss pro Lebensdekade mit einer Verdopplung der Rate gerechnet werden. Die höchste Prävalenz wird bei den 80- bis unter 90-Jährigen beobachtet. In Berlin sind beispielsweise knapp 40 % aller dieser Altersgruppe zugehörigen Menschen schwerbehindert.

Behindertenprävalenz der ausländischen Bevölkerung in allen Altersgruppen unter der der deutschen

Bis auf 40- bis unter 60- und dann wieder über 90-Jährige sind Männer gegenüber Frauen in allen anderen Altersgruppen häufiger von Behinderungen bedroht. Und das trifft sowohl auf die deutsche als auch auf die ausländische Bevölkerung zu. Allerdings sind aufgrund der unterschiedlichen demographischen Situation die Differenzen zwischen der deutschen und der ausländischen Population erheblich. Ausländerinnen und Ausländer haben zwar gegenüber deutschen Frauen und Männern in jeder Altersgruppe deutlich niedriger liegende Schwerbehindertenraten, in den höheren Altersgruppen sind die Unterschiede jedoch gravierend. Bei Hochbetagten liegen die Raten der schwerbehinderten deutschen Personen bereits um ein Mehrfaches über der der ausländischen. Ob dies jedoch der tatsächlichen epidemiologischen Situation entspricht, oder ob sich ausländische Personen aus vielfältigen Gründen eine vorhandene Behinderung nicht anerkennen lassen, bedarf noch gezielter Untersuchungen (vgl. Abbildung 3.13).

Der *Grad der Behinderung (GdB)* ist ein nutzbarer Indikator für die Bedarfsplanung von Präventionsangeboten, Therapie, pflegerischer Versorgung und Rehabilitationsmaßnahmen. Die Schwere einer Behinderung bzw. das Ausmaß der Funktionseinschränkung wird in Grad, von 20 bis 100 in Zeh-

Abbildung 3.13:
Schwerbehinderte mit Schwb-Ausweis in Berlin 2005
 (Stand: 31.12.)
 nach Geschlecht, Altersgruppen und Staatsangehörigkeit
 - je 100.000 der Altersgruppe



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

nerstufen, erfasst. Ab einem GdB von 50 wird ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Insgesamt wurde jeder zweiten schwerbehinderten deutschen Person (das betraf 79.306 Frauen und 66.510 Männer) ein GdB von 50 und 60 v. H. zuerkannt. Bei Ausländern (4.633 weiblichen, 5.065 männlichen Geschlechts) lag der Anteil mit

Anerkennung von höheren Behinderungsgraden bei Ausländern niedriger als bei Deutschen

55 % etwas höher. Niedriger als bei den Deutschen (32 %) lag bei ihnen allerdings mit 29 % der Anteil der Schwerbehinderten mit einem Behinderungsgrad von 70 - 90. Auch hinsichtlich der Schwerstbehinderten - als schwerstbehindert gelten u. a. Blinde, hochgradig Sehgestörte, querschnittsgelähmte Personen sowie Behinderte mit schweren zerebralen und geistig-seelischen Störungen - waren Deutsche mit einem Anteil von 18,4 % häufiger als Ausländer

(16,3 %) betroffen. Insgesamt galten Ende 2005 in Berlin 53.479 deutsche (28.576 Frauen, 24.903 Männer) und 2.881 ausländische Personen (1.169 Frauen, 1.712 Männer) als schwerstbehindert (GdB 100).

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen

Die Ansprüche auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe sind im Wesentlichen im SGB V §§ 40 - 43 geregelt. Medizinische Rehabilitationsleistungen kommen immer dann in Betracht, wenn eine *Rehabilitationsbedürftigkeit* - die Erwerbsfähigkeit muss entweder erheblich gefährdet oder gemindert sein - und eine *Rehabilitationsfähigkeit* feststeht. Des Weiteren muss eine positive *Rehabilitationsprognose* für den Patienten in Aussicht gestellt werden.

Nachfolgende Ausführungen zur Inanspruchnahme von medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen und sonstigen Leistungen stammen aus den jährlich zur Verfügung stehenden Daten der Deutschen Rentenversicherung (DRV). Die Angaben beziehen sich auf *erbrachte Leistungen der gesetzlichen Rentenversicherung* und beziehen sich hinsichtlich der *Morbiditätsangaben im Wesentlichen auf Personen im erwerbsfähigen Alter*, das heißt auf die Altersgruppen bis 64 Jahre. Bei Aussagen zur zeitlichen Entwicklung der *Inanspruchnahme bezogen auf die aktiv Versicherten sind die gesetzlichen Neuregelungen zu beachten*. So kam es beispielsweise von 2004 zu 2005, insbesondere bei der ausländischen Population, zu einem starken Rückgang der Rate. Dieser wurde im Wesentlichen durch den Übergang von ehemals sozialhilfeberechtigten Personen gemäß BSHG in den Rechtskreis des SGB II ab dem 01.01.2005 verursacht (vgl. Tabelle 3.2.30 b).

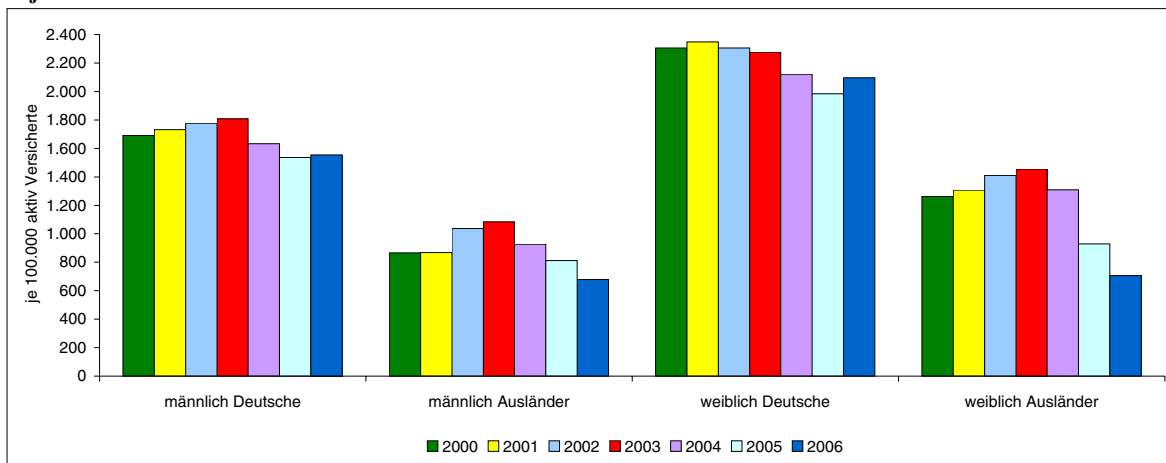
Im Jahr 2006 wurden bei 25.941 unter 65-jährigen Personen aus Berlin (14.689 bzw. 56,6 % von ihnen waren weiblichen Geschlechts) medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und Leistungen zur Teilhabe erbracht. Damit lag die Zahl der erbrachten Leistungen knapp über dem Vorjahresniveau (25.400 Rehabilitationsmaßnahmen). 24.657 Rehabilitanden (10.592 männlichen, 14.065 weiblichen Geschlechts) waren der Staatsangehörigkeit nach Deutsche. 1.284 Personen (660 Männer, 624 Frauen), bei denen Rehabilitationsmaßnahmen erbracht wurden, waren in Berlin lebende Ausländer. Während innerhalb der deutschen Population die Rate der Rehabilitationsmaßnahmen nach einer in den Jahren 2004 und 2005 zu beobachtenden rückläufigen Inanspruchnahme wieder zunahm, setzte sich der stark abnehmende Trend innerhalb der ausländischen Bevölkerung weiter fort. Bezogen auf je 100.000 Versicherte (aber auch auf je 100.000 der durch-

Reha.maßnahmen bei Deutschen zweieinhalbmal so hoch wie bei Ausländern

schnittlichen Bevölkerung, vgl. Tabelle 3.2.30 b) wurden bei versicherten deutschen Personen (bei Männern und Frauen gleichermaßen) im gesamten Beobachtungszeitraum deutlich häufiger Rehabilitationsmaßnahmen erbracht als bei ausländischen. Das Verhältnis lag bis 2004 bei etwa 2 : 1. Seit dem Jahr 2005 hat sich die Differenz wegen des Übergangs der ehemals sozialhilfeberechtigten Personen in den Rechtskreis des SGB II erwartungsgemäß noch erheblich vergrößert (vgl. Abbildung 3.14).

Abbildung 3.14:

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei 15- bis 64-Jährigen in Berlin 2000 - 2006 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit - je 100.000 aktiv Versicherte



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

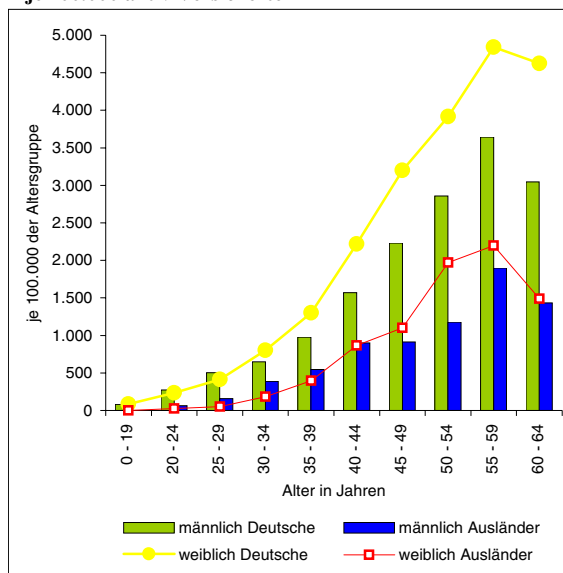
Mit zunehmendem Alter steigt das Erkrankungsrisiko und damit auch die Zahl der durchgeführten Rehabilitationsmaßnahmen. Um eine frühzeitige gesundheitsbedingte Erwerbsminderung zu verhindern, gewinnt die *Forderung „Rehabilitation vor Berentung“* immer mehr an Bedeutung. Die mit Abstand häufigsten Rehabilitationsleistungen wurden bei den 55- bis unter 60-Jährigen erbracht. Das traf auf Männer und Frauen, Deutsche und Ausländer, gleichermaßen zu. Jede fünfte Intervention bei den Deutschen und fast jede vierte bei den Ausländern betraf die genannte Altersgruppe. Bei der altersspezifischen Betrachtung, bezogen auf das jeweilige Alter, lag die Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen innerhalb der ausländischen Bevölkerung in allen Altersgruppen erheblich unter der Rehabilitationshäufigkeit der deutschen (vgl. Abbildung 3.15).

Die Indikationen für die Verordnung von Rehabilitationsmaßnahmen sind sehr vielfältig. Zudem sind sie stark alters- und geschlechtsabhängig. Unabhängig vom Alter und Geschlecht bedurften

Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, am häufigsten wegen Arthropathien, die meisten Rehabilitationsmaßnahmen. Der Anteil derartiger Interventionen lag bei ausländischen Frauen sechs und bei den Männern etwa neun Prozentpunkte über dem der deutschen Population. *Psychische und Verhaltensstörungen* sind bei Frauen und Männern (Deutsche und Ausländer gleichermaßen) der zweit-

Abbildung 3.15:

Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen bei 15- bis 64-Jährigen in Berlin 2006 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und ausgewählten Altersgruppen - je 100.000 aktiv Versicherte



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

Tabelle 3.1:
Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen in Berlin 2005 und 2006 (zusammengefasst) nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und ausgewählten Behandlungsdiagnosen
- in % aller erbrachten Leistungen

Behandlungsdiagnose	Medizinische Rehabilitationsmaßnahmen			
	weiblich		männlich	
	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
	<i>Anteil in %</i>			
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems	40,1	45,9	34,7	43,9
Psychische und Verhaltensstörungen	21,1	26,6	19,8	15,7
Bösartige Neubildungen	16,2	11,2	10,8	6,3
Krankheiten des Kreislaufsystems	4,9	4,7	15,3	17,1
Verletzungen und Vergiftungen	2,5	2,4	3,7	3,6
sonstige	15,2	9,2	15,7	13,3
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>absolut</i>			
Fälle insgesamt	27.374	1.446	21.073	1.448

(Datenquelle: DRV / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

häufigste Grund einer Rehabilitation. Während bei deutschen Männern und Frauen *bösartige Neubildungen* an dritter Stelle des Behandlungsspektrums standen, belegten bei den ausländischen Männern und Frauen *Krankheiten des Kreislaufsystems* den dritten Platz (vgl. Tabelle 3.1).

Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit

Erwerbsunfähigkeit zählt zu den einschneidenden *ökonomischen und vor allem sozialen Folgen von Krankheiten und körperlichen Behinderungen*. Mit der verminderten Erwerbsfähigkeit wird ein krankheits- bzw. behinderungsbedingter physischer bzw. psychischer Zustand bezeichnet, der die Fähigkeit des Menschen einschränkt, seinen Lebensunterhalt mit der Ausübung von beruflichen Tätigkeiten zu verdienen. Der Begriff der Erwerbsunfähigkeit spielt hierzulande vor allem für Renten wegen Erwerbsminderung aus der gesetz-

lichen Rentenversicherung (GRV) eine Rolle. Seit dem 1. Januar 2005 stellt die Erwerbsfähigkeit aber auch ein Kriterium dafür dar, ob man Ansprüche nach dem SGB II (Arbeitslosengeld II) oder nach dem Sozialhilferecht (SGB XII) (hier Grundsicherung im Alter oder bei Erwerbsminderung oder Hilfe zum Lebensunterhalt) hat, sofern der Lebensunterhalt nicht selbst sichergestellt werden kann. Gemäß § 43 des SGB VI haben Versicherte in der Bundesrepublik Deutschland einen rechtlichen Anspruch auf Rente, wenn sie teilweise oder voll erwerbsunfähig sind.

Nachfolgende Angaben zu den Frühberentungen in Berlin beziehen sich auf die jährlich veröffentlichte Daten der *Rentenzugangsstatisik der GRV*, die den größten Versorgungsbereich umfasst und sich daher auch aus sozialmedizinischer Sicht als *Indikator für die Gesamtsituation und Entwicklung von gesundheitsbedingter Frühberentung* und „Invalidität“ eignet. Insgesamt lag der Anteil der Frühberentungen an allen Rentenzugängen laut Rentenzugangsstatisik der Deutschen Rentenversicherung (DRV) im Jahr 2006 in Berlin bei 15 % und damit etwas über dem Bundesniveau (13 %).

Am 31.12.2006 waren in Berlin 76.043 Personen (40.259 weiblichen und 35.784 männlichen Geschlechts) frühberentet. Das war sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern der bis dahin niedrigste Stand. Der höchste Rentenbestand wurde im Jahr 1998 verzeichnet, wo noch über 19.000 Frührentnerinnen und -rentner mehr in Berlin lebten. 67.023 der Ende 2006 registrierten frühberenteten Personen waren Deutsche (35.129 Frauen, 31.894 Männer) und 9.020 Ausländer, von ihnen waren 5.130 weiblichen und 3.890 männlichen Geschlechts (vgl. Tabellen 3.2.34 c, 3.2.34 d und 3.2.34 e). Während der Rentenbestand innerhalb der deutschen Population in den letzten zehn Jahren um 17 % zurückging stieg er innerhalb der ausländischen kontinuierlich, um etwa ein Fünftel, an. Im Vergleich dazu ging die Zahl der Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter (15 bis unter 65 Jahre) innerhalb der deutschen Bevölkerung um 5 % zurück, während sie innerhalb der ausländischen Population um 13 % zunahm.

Die Entwicklung der jährlich neu bewilligten Frühberentungen ist in Berlin seit 1997 von einem stark rückläufigen Trend geprägt. In den letzten zehn Jahren hat sich die absolute Zahl der Rentenzugänge mehr als halbiert. Im Jahr 2006 wurden 3.274 Berliner Männer und 3.104 Frauen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit berentet. Im Vergleich dazu wurden im Jahr 1996 (das war im gesamten Beobachtungszeitraum das Jahr mit den meisten Frühberentungen) noch 8.180 Männer und 7.033

Rückgang der Frühberentungen setzt sich fort

Frauen mehr frühzeitig berentet (vgl. Tabelle 3.2.33). Als Ursachen für den doch sehr auffälligen Rückgang der gesundheitsbedingten Frühberentungen werden unter anderem arbeitsmarktpolitische Gründe genannt. So wurden beispielsweise in den höheren Altersgruppen seit 1997 weniger Anträge auf Erwerbsminderung gestellt, während bei bestehender Arbeitslosigkeit häufiger eine „vorgezogene“ Altersrente in Anspruch genommen wurde. Die Zahl der Frühberentungen wird jedoch noch von einer Reihe anderer Indikatoren determiniert. Zu ihnen zählen u. a. gesetzliche Rahmenbedingungen, demographische Entwicklungstrends, berufliche Tätigkeit und damit verbundene Gesundheitsaspekte, Geschlecht, Alter, Staatsangehörigkeit, sozioökonomische Einflüsse (Rehfeld 2006).

Jeder achte Rentenzugang war 2006 in Berlin eine ausländische Person

Ausländerinnen und Ausländer haben gegenüber deutschen Männern und Frauen nach wie vor ein höheres Frühberentungsrisiko. Im Jahr 2006 war in Berlin nahezu jede achte infolge von verminderter Erwerbsfähigkeit neu berentete Person ausländischer Herkunft. Insgesamt wurde in diesem Jahr 439 Ausländerinnen und 422 Ausländern eine verminderte Erwerbsfähigkeit zuerkannt. Das entsprach einer Rate von 497 Rentenzugängen je 100.000 aktiv Versicherte bei den Frauen und von 435 je 100.000 bei den Männern. Demgegenüber wurden im Jahr 2006 2.665 deutsche Frauen (bzw. 397 je 100.000 Versicherte) und 2.852 deutsche Männer (418 je 100.000) gesundheitsbedingt frühberentet.

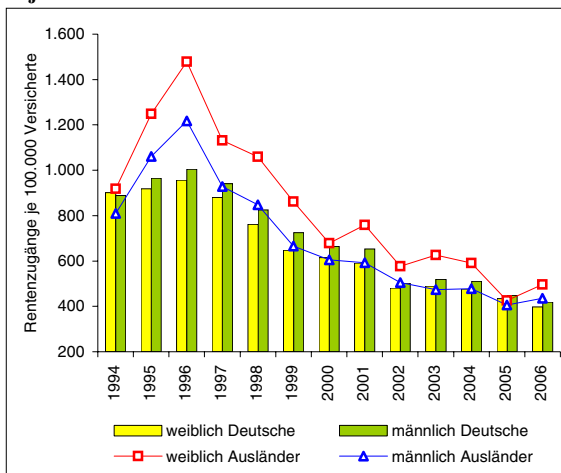
Ausländische Frauen haben das mit Abstand höchste Frühberentungsrisiko

Im Durchschnitt der letzten fünf Jahre lag die *Frühberentungsrate der ausländischen Personen* insgesamt etwa 7 % über der der deutschen. Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fällt jedoch auf, dass die höhere Frühberentungsrate innerhalb der ausländischen Population ausschließlich auf die hohe Frühberentungsrate der in Berlin lebenden ausländischen Frauen zurückzuführen war. Gegenüber deutschen Frauen lag deren Zugangsrate im gesamten Beobachtungszeitraum (vgl. Abbildung 3.16) erheblich über dem Niveau der deutschen Frauen. Obwohl die Frühberentungsrate der Ausländerinnen von 1996 bis 2004 um 60 % und damit stärker als die der deutschen Frauen (minus 50 %) zurückging, hatten Ausländerinnen auch in den letzten Jahren gegenüber deutschen Frauen immer noch ein um etwa ein Viertel höheres Risiko, von gesundheitsbedingter Frühberentung betroffen zu sein. Versus hatten ausländische Männer gegenüber deutschen seit 1997 niedriger liegende Frühberentungsraten. Dass im Jahr 2005 auch Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen eine niedriger liegende Zugangsrate hatten, lag daran, dass die *Zahl der Versicherten infolge des Übergangs von ehemals sozialhilfeberechtigten Personen in den Rechtskreis des SGB II von 2004 zu 2005 erheblich anstieg*. Aufgrund der gesetzlichen Neuregelung erhöhte sich beispielsweise der Anteil der ausländischen weiblichen Versicherten um ein Drittel. Insgesamt wurden in Berlin 89.921 ehemalige „Sozialhilfeempfänger“ in den Rechtskreis der DRV-Versicherten überführt. 31.728 (bzw. 35 %) von ihnen waren in Berlin lebende ausländische Personen (vgl. Tabelle 10.2.15).

Von 2005 zu 2006 hat sich die Frühberentungsrate bei den Ausländerinnen wieder erhöht, und das um immerhin 17 %. Bei den deutschen Frauen gingen die Raten dagegen um weitere neun Prozent zurück, vom Rückgang waren alle Altersgruppen betroffen. Hinsichtlich des Alters fiel auf, dass der neuerliche starke Anstieg der Rentenzugänge bei den Ausländerinnen in der Mehrzahl die jüngeren Altersgruppen betraf. Gegenüber dem Vorjahr haben sich die Zugangsraten bei den 35- bis unter 45-jährigen ausländischen Frauen verdoppelt und auch bei den 45- bis unter 50-Jährigen lag die Inzidenzrate ein Drittel über Vorjahresniveau (vgl. Abbildung 3.16 und Tabelle 3.2.34 b).

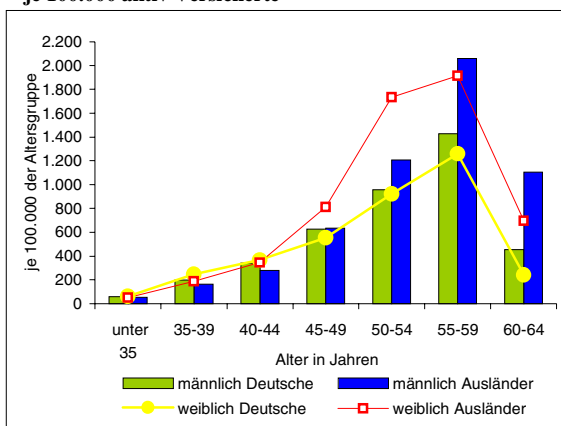
Das *Rentenzugangsalter* liefert wichtige Hinweise zur gesundheitlichen Lage der Frührentner, aber auch aus ökonomischer Sicht zur Kostenentwicklung. Je niedriger das Zugangsalter eines Frührentners ist, desto höher sind aufgrund der Berentungsdauer die erforderlichen Ausgaben. Das Alter bei der Frühberentung hängt jedoch von vielen Faktoren ab. Insgesamt nimmt die Wahrscheinlichkeit einer gesundheitsbedingten Frühberentung erwartungsgemäß mit dem Alter zu. Die höchste Zugangsrate haben 55- bis unter 60-Jährige. Danach kommt es zu einem starken Rückgang der Inzidenz, der

Abbildung 3.16:
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 1994 - 2006
 nach Geschlecht und Staatsangehörigkeit
 - je 100.000 aktiv Versicherte



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

Abbildung 3.17:
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2006 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und ausgewählten Altersgruppen
 - je 100.000 aktiv Versicherte



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

dadurch bedingt ist, dass viele erwerbsgeminderte aktiv Versicherte einen Anspruch auf Altersrente haben und deshalb vorzeitig in Altersrente gehen.

Bei altersgruppenspezifischer Betrachtung fällt auf, dass bei deutschen Männern und Frauen bis zum 60. Lebensjahr je 5-er Altersgruppe ein kontinuierlicher Anstieg der Frühberentungsrate beobachtet werden kann. Bei den Ausländern verläuft die Entwicklung disproportional. Bei ihnen lag z. B. die Frühberentungsrate im Jahr 2006 bis zum 50. Lebensjahr, bei Ausländerinnen bis zum 45., noch unter der der Deutschen. Danach stieg die Inzidenzrate überproportional an. Über 50-jährige Ausländer hatten dann gegenüber gleichaltrigen deutschen Männern bis zum regulären Renteneintrittsalter ein über 30 % höheres Berentungsrisiko. Bei den ausländischen Frauen lag die Frühberentungsrate sogar 43 % über der der deutschen.

Bei geschlechtsspezifischer Betrachtung fiel zudem auf, dass deutsche Männer im Vergleich zu deutschen Frauen in

Ausländerinnen haben gegenüber Ausländern in nahezu allen Altersgruppen ein höheres Frühberentungsrisiko

den jüngeren Altersgruppen ein geringeres Frühberentungsrisiko haben. Bei 45- bis unter 60-Jährigen lag das Frühberentungsniveau jedoch 10 % über dem der Frauen. Anders bei ausländischen Personen. Bei ihnen waren z. B. bei den 35- bis unter 55-Jährigen erheblich mehr (etwa ein Viertel) ausländische Frauen als ausländische Männer von einer verminderten Erwerbsfähigkeit betroffen (vgl. Abbildung 3.17).

Die in einigen Studien getroffenen Aussagen zur Frühberentungsproblematik bei in Deutschland lebenden Ausländern (Naegele 2006 und 2001), die auf einen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und gesundheitsbedingten Frühberentungen hinweisen, lassen sich anhand der für Berlin zur Verfügung stehenden Daten nicht verifizieren. Hierzu wären Sonderauswertungen seitens der DRV erforderlich, die die verschiedenen Determinanten des Frühberentungsrisikos analysieren. Die höhere Frühberentungsrate bei ausländischen Personen bei gleichzeitig höherer Arbeitslosigkeit und niedriger liegender Erwerbsbeteiligung (insbesondere bei Frauen) lässt viele Fragen offen. Bei der Entstehung chronischer Krankheiten, die zu einer Erwerbsunfähigkeit führen können, spielen natürlich die Arbeitsbedingungen, die Lebensgewohnheiten, Umweltfaktoren und individuelle Prädispositionen eine Rolle. Dabei verlieren z. B. früher häufig genannte Frühberentungsgründe wie Erkrankungen des Muskel- und Skelettsystems, die fast immer mit einem höheren Ausländeranteil infolge schwerer körperlicher und niedriger qualifizierter Arbeiten assoziiert wurden, zunehmend an Bedeutung. In der Bundesrepublik Deutschland lag der Anteil der Frühberentungen infolge derartiger Erkrankungen im Jahr 2003 bei etwa 20 %. In Berlin machten dagegen Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems nur knapp 14 % aller Berentungsgründe aus. Im Jahr 2006 lag der Anteil mit knapp 11 % noch darunter.

Die Hauptursachen für eine Invalidität gehen vor allem auf im Laufe des Lebens entstehende (meist chronische) Krankheiten zurück. Dagegen spielen angeborene Gebrechen oder Unfälle (sie verursachen nur etwa jede zehnte Frühberentung, und das auch meist im jüngeren Erwachsenenalter) eine eher untergeordnete Rolle.

Psychische Erkrankungen sind seit Jahren der Hauptgrund für eine Frühberentung. Jede zweite Frühberentung von Frauen geht auf eine psychische Krankheitsursache zurück. Aber auch bei den Männern liegt der Anteil derartiger Krankheiten bei über einem Drittel.

**Depressionen
bei ausländischen
Personen häufigster
Frühberentungsgrund**

Ausländische Frauen haben ein besonders hohes Risiko, infolge von psychischen Krankheiten frühberentet zu werden. Depressionen sind bei ihnen der mit Abstand häufigste Anlass für eine frühzeitige Berentung. Mehr als jede vierte Frühberentung ging im Jahr 2006 bei ihnen auf eine akute bzw. rezidivierende Form zurück. Der zweithäufigste Berentungsgrund, aus dem Ausländerinnen frühberentet wurden, waren psychische Anpassungsstörungen (in der Mehrzahl Neurosen und Angststörungen). Bei den deutschen Frauen lagen die genannten Berentungsgründe ebenfalls an vorderster Stelle, wobei die Frühberentungsrate, bezogen auf 100.000 Versicherte, bei den Ausländerinnen doppelt so hoch waren wie bei den deutschen Frauen. Auch bei Schizophrenie hatten Ausländerinnen gegenüber deutschen Frauen ein doppelt so hohes Frühberentungsrisiko. Deutsche Frauen hatten demgegenüber aber einen höheren Berentungsanteil bei Brustkrebs, zerebrovaskulären Krankheiten und bei Krankheiten der Wirbelsäule.

**Frühberentungen
infolge gesundheits-
schädigenden
Verhaltens nehmen zu**

Auch bei den in Berlin lebenden ausländischen Männern führten Depressionen am häufigsten zu einer Frühberentung. Etwa jede neunte Frühberentung war bei ihnen damit assoziiert. Der zweithäufigste Grund waren wiederum neurotische Störungen. Auffällig war der hohe Anteil der Ausländer, die wegen Schizophrenie berentet wurden. Mit einer Rate von 31 Zugängen je 100.000 Versicherten wurden in Berlin lebende ausländische Männer doppelt so häufig wie deutsche wegen dieser Krankheit vermindert erwerbsfähig. Während bei den ausländischen Männern das Berentungsspektrum im Wesentlichen durch psychische Krankheiten infolge von affektiven, neurotischen und sonstigen Persönlichkeitsstörungen sowie von schizoiden Krankheitsbildern dominiert wird, sind es bei den deutschen Männern immer mehr *gesundheitsverhaltensbedingte Krankheiten* (z. B. infolge von Alkoholmissbrauch, Rauchen, körperlicher Inaktivität, zu kalorien- und fettreicher Ernährung), die bei ihnen zu einer Frühberentung führen. Im Jahr 2006 war z. B. Alkoholabhängigkeit die häufigste Berentungsursache. Bei anderen gesundheitsbedingten Berentungsgründen, die häufig in Zusammenhang mit dem individuellen Gesundheitsverhalten gebracht werden, fiel auf, dass etwa jede fünfte Frühberentung bei den deutschen Männer mit deren (negativen) Gesundheitsverhalten in Verbindung gebracht werden kann. Aber auch bei den Ausländern trifft das mittlerweile auf jeden neunten Berentungsfall zu.

Tabelle 3.2:
Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in Berlin 2006 nach Geschlecht, Staatsangehörigkeit und ausgewählten häufigen Berentungsgründen

Berentungsgrund	Rentenzugänge			
	weiblich		männlich	
	Deutsche	Ausländer	Deutsche	Ausländer
	Anteil in %			
Affektive Störungen (Depressionen)	15,4	26,2	8,4	11,1
Neurotische-, Belastungs- u. Anpassungsstörungen	15,1	15,0	6,2	8,8
Krankheiten der Wirbelsäule	4,2	3,2	5,0	5,2
Schizophrenie	3,8	5,7	3,6	7,1
Brustkrebs	3,3	1,1	0,0	0,0
Persönlichkeitsstörungen	3,2	2,5	2,7	2,6
Alkoholismus	2,9	0,5	9,0	3,1
Unspezifische Symptome	2,9	5,5	4,1	13,0
Zerebrovaskuläre Krankheiten	2,8	1,6	3,8	2,8
Arthrose	2,0	3,0	2,1	0,5
Lungenkrebs	1,7	2,1	2,6	1,7
Chronische Krankheiten der unteren Atemwege	1,3	2,7	2,3	1,9
Multiple Sklerose	0,9	1,4	2,9	1,2
HIV-Krankheit	0,4	0,5	2,1	1,4
Diabetes mellitus	0,4	1,4	1,6	1,7
übrige	39,7	27,6	43,6	37,9
insgesamt	100,0	100,0	100,0	100,0
	<i>absolut</i>			
Fälle insgesamt	2.665	439	2.852	422

(Datenquelle: DRV / Berechnung: SenGesUmV - I A -)

Bei näherer Betrachtung der Gründe, die zu einer Frühberentung führen, fiel außerdem auf, dass der Anteil der *Berentungen, bei denen unspezifische Symptome, die anderenorts nicht klassifiziert sind, als Grund für eine Frühberentung* genannt wurden, bei den Ausländern (und hier insbesondere bei den Männern) überproportional hoch war. So wurde bei immerhin 13 % aller ausländischen Männer und bei 6 % der Frauen eine unspezifische Diagnose als Berentungsursache kodiert. Versus lag der Anteil bei den deutschen Männern mit einem Anteil von vier und bei den Frauen von drei Prozent deutlich darunter (vgl. Tabelle 3.2).

Kernaussagen zur gesundheitlichen Lage der in Berlin lebenden Ausländerinnen und Ausländer

Im Folgenden werden die wichtigsten Ergebnisse, die aus den zur Verfügung stehenden Daten zur Beschreibung der gesundheitlichen Lage der ausländischen Bevölkerung in Berlin gewonnen wurden, dargestellt:

- Die *Sterblichkeit* der ausländischen Population liegt nach wie vor deutlich unter der der deutschen. Das gilt sowohl für die Gesamt- als auch für die vorzeitige Sterblichkeit.
- Nach einem bis 2003 zu beobachtenden Anstieg (insbesondere bei den Frauen) und danach erfolgten rückläufigen Raten der *vorzeitigen Sterblichkeit* ist noch keine eindeutige Trendentwicklung erkennbar.
- *Gesundheitsverhaltensbedingte Todesfälle* nehmen innerhalb der ausländischen Bevölkerung weiter zu. Bei unter 65-Jährigen geht derzeit jeder vierte Todesfall bei den Frauen und bei den Männern fast jeder dritte auf ein negatives Gesundheitsverhalten wie Rauchen, körperliche Inaktivität, zu kalorien- und fettreiche Ernährung zurück.
- Jeder zehnte vorzeitige Sterbefall bei ausländischen Männern und jeder zwanzigste bei Frauen geht zu Lasten einer Selbsttötung. Die *Suizidrate* der Ausländerinnen und Ausländer nahm in den letzten Jahren zu.
- Die *Säuglingssterblichkeit* und die Totgeburtlichkeit ausländischer Kinder liegt um ein Mehrfaches über der der deutschen. Beide Indikatoren stehen in engem Kontext mit den sozioökonomischen Lebensbedingungen. Ein erhöhtes Risiko haben Personen aus Vietnam, Südosteuropa und in Berlin lebende Asylbewerber.
- Das *Tuberkuloserisiko* ist nach wie vor hoch. Fast jede zweite in Berlin an ansteckender Lungentuberkulose erkrankte Person ist der Staatsangehörigkeit nach Ausländer bzw. ein Deutscher mit Migrationshintergrund (z. B. Spätaussiedlerinnen und -siedler). Die Morbiditätsraten liegen um ein Vielfaches über denen der an Tbc erkrankten deutschen Personen. In Berlin lebende (das trifft auf alle Bezirke zu) Asylbewerber und Personen, die aus Hochrisikoländern kommen, bei denen Tuberkulose endemisch ist (etwa in Südostasien oder Subsahara-Afrika) haben neben Ausländerinnen und Ausländern, die in Bezirken mit negativen Sozialindizes leben, das mit Abstand höchste Erkrankungsrisiko. Insgesamt erkrankten in den letzten Jahre pro Jahr etwa 100 Ausländer (35 Frauen, 65 Männer) an einer offenen Lungentuberkulose.
- Etwa jede achte in Berlin an *AIDS* erkrankte Person ist ausländischer Herkunft. Ende 2006 lebten etwa 750 Ausländer in der Stadt, die an der Immunschwächekrankheit leiden.
- Ausländische Personen haben ein erhöhtes Risiko, im *Straßenverkehr zu verunfallen*. Im Jahr 2006 war jede neunte auf Berliner Straßen verunfallte und dabei schwerverletzte Person ausländischer Herkunft. Bei den dabei ums Leben gekommenen Menschen betraf es sogar jede achte. Über 40 % der Unfallbeteiligten waren türkische Staatsangehörige. Einen bedenklichen Anstieg, insbesondere hinsichtlich der Schwerverletzten und getöteten Personen, verzeichneten Verkehrsteilnehmer aus den Staaten der ehemaligen Sowjetunion (GUS) und aus Polen.
- Die *Schwerbehindertenrate* der Ausländerinnen und Ausländer liegt erheblich unter der der Deutschen. Ende 2005 waren in Berlin 8.045 ausländische Frauen und 9.670 ausländische Männer in Besitz eines gültigen Schwerbehindertenausweises. Jeder siebente Betroffene galt als schwerstbehindert.

- Bei gleichen Zugangsvoraussetzungen nehmen ausländische Personen deutlich seltener als deutsche eine *Rehabilitationsmaßnahme* in Anspruch. Je 100.000 aktiv versicherte Personen lag die Inanspruchnahme auch in den letzten Jahren etwa 50 % unter der deutschen Population. Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems, gefolgt von psychischen Erkrankungen sind bei ausländischen Frauen und Männern die häufigsten Anlässe einer Intervention. Insgesamt wurde in den Jahren 2004 und 2005 bei 1.691 in Berlin lebenden Ausländerinnen und bei 1.597 Ausländern eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt.
- Die *Frühberentungsrate* der in Berlin lebenden ausländischen Personen liegt erheblich über der deutschen. Das trifft vor allem auf Frauen zu, die das mit Abstand höchste Frühberentungsrisiko hatten. Bei ihnen stieg zudem die Berentungsrate im letzten Jahr an. Betroffen waren vor allem die jüngeren Altersgruppen. Insgesamt waren Ende 2006 in Berlin 5.130 ausländische Frauen und 3.890 Männer wegen verminderter Erwerbsfähigkeit frühberentet. Depressionen waren bei ausländischen Frührentnerinnen der häufigste Berentungsgrund, sie gaben in mehr als jedem vierten Fall Anlass zur Berentung. Bei etwa jeder fünften ausländischen Betroffenen führten Neurosen- und Persönlichkeitsstörungen zur einer gesundheitsbedingten Berentung. Aber auch bei den ausländischen Männern konnte mehr als jede fünfte Frühberentung auf die genannten Ursachen zurückgeführt werden. Verschleißkrankheiten des Muskel- und Skelettsystems, die früher sehr häufig zu einer Frühberentung führten, spielen mittlerweile eine eher untergeordnete Rolle. Nur noch etwa jede zwanzigste Frühberentung betraf in den letzten Jahren derartige Krankheitsbilder.