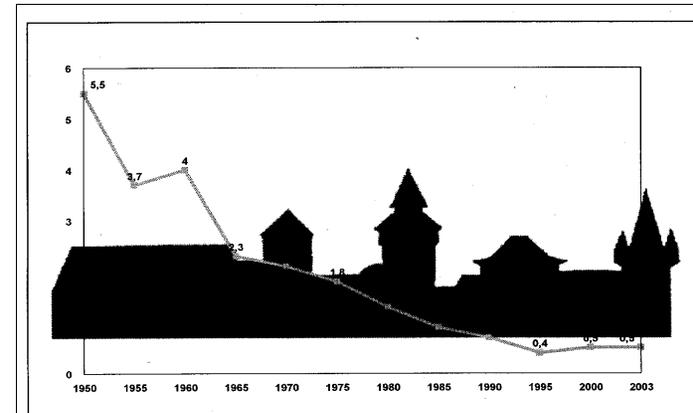


Basisdaten
zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung
Fortschreibung Juni 2010



zu beziehen über:

Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg
Bereich Gesundheitsförderung
Gesundheitsberichterstattung
Burgstr. 4
90403 Nürnberg

Schutzgebühr 8 Euro

Ansprechpartner:

M. Meusel
Tel.: 0911/231-3382
Fax: 0911/231-3847
E-Mail: monika.meusel@stadt.nuernberg.de

ISSN 1437-4625

© Stadt Nürnberg, 2010

Nürnberg



Basisdaten

zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung

Fortschreibung 2010

herausgegeben vom Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg

bearbeitet von M. Meusel

Juni 2010



Nürnberg



Vorbemerkung

Der vorliegende Bericht ist im Kontext des Bayerischen Gesundheitsdienst- und Verbraucherschutzgesetzes entstanden, das die Gesundheitsämter auffordert, Daten über den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu sammeln und auszuwerten (GDVG, Art. 10 (2)). Der Bericht soll dazu verhelfen, einen Einblick in die gesundheitliche Situation der Nürnberger BürgerInnen und ihre Rahmenbedingungen zu erhalten. Er soll der Information der interessierten Öffentlichkeit und Fachöffentlichkeit dienen, Eckdaten für die Gesundheitsplanung liefern, vor allem aber Anstöße für Handlungsansätze bereitstellen.

Die Zusammenstellung der Kennzahlen (Indikatoren) lehnt sich an den Gesundheitsindikatorensatz an, wie er vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit empfohlen wird und an den Kernindikatorensatz für eine nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen (Indikatorensatz des RBS-Projektes).¹ Es werden Routinedaten der amtlichen Statistik verwendet. Nach Möglichkeit werden diese in zeitlicher und / oder regionaler Hinsicht verglichen. Vergleichsstädte mit Nürnberg sind die anderen größeren Städten des mittelfränkischen Verdichtungsraums Fürth und Erlangen sowie München und das Land Bayern.

Besonderes Augenmerk liegt auf den Unterschieden in der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, die im Zusammenhang mit ihrer sozialen Lage stehen. Diese Unterschiede stellen das Gesundheitsproblem Nummer 1 dar. Sie verstärken sich seit geraumer Zeit auch in Nürnberg und lassen sich anhand verschiedener Indikatoren belegen. In Teil I des Berichts werden daher Indikatoren vorgestellt, die auf gesundheitliche Ungleichheiten in Nürnberg hinweisen und damit zur Schnittstelle für gesundheitliche Prävention werden können. Diesem Teil des Berichts mit thematischem Schwerpunkt folgt eine Reihe kommentierter Tabellen, die Basisinformationen zur gesundheitlichen Lage der Nürnberger Bevölkerung bereitstellen, und die Daten aus dem vorhergehenden Bericht 2006 fort-schreiben.²

Nürnberg, Juni 2010

¹ vgl. www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 9.6.2009 und Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Iögd NRW (Hrsg.): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen, Bielefeld 2004

² Datenstand der Indikatoren des Berichtes von 2006: 2002-2004

Inhaltsverzeichnis

Teil I. Indikatoren, die auf eine sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit in Nürnberg hinweisen.....	5
1. Die soziale Dimension der Gesundheit	6
2. Arbeitslosigkeit	10
2.1. Arbeitslosenquote (% der zivilen abhängigen Erwerbspersonen).....	11
2.2. Arbeitslosenquote im regionalen Vergleich	12
2.3. Langzeitarbeitslosigkeit	12
3. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit – Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg im Jahr 2006.....	14
3.1. Zufriedenheit mit der Gesundheit: Wie sieht es Ihrer Meinung nach mit der Gesundheit aus? Wie fühlen Sie sich ganz allgemein?	15
3.2. Beschwerden: Es gibt eine Reihe von Beschwerden, unter denen viele Menschen leiden. Bitte sagen Sie mir, ob sie in den letzten drei Monaten von den folgenden Gesundheitsproblemen häufig, manchmal oder nie betroffen waren.	19
3.3. Körpergewicht	22
3.4. Sportbeteiligung	25
3.5. Rauchen	27
3.6. Subjektive Gesundheit Alleinerziehender	30
4. Die Schuleingangsuntersuchung	33
5. Lebenserwartung und Sterblichkeit	34
5.1. Durchschnittliche Lebenserwartung	34
5.2. Die „fernere“ Lebenserwartung im Bundesgebiet	37
5.3. Sterblichkeit	38
5.3.1. Sterbefälle je 100.000 Einwohner	39
5.3.2. Sterblichkeit im regionalen Vergleich	40
5.3.3. Säuglingssterblichkeit	41
6. Todesursachen	44
6.1. Todesursachenstatistik	44
6.2. Vermeidbare Todesfälle	45
6.2.1. Ischämische Herzkrankheit (ICD I20-I25) / akuter Herzinfarkt (ICD I21)	45
6.2.2. Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD 10 I10-15 und I60-I69)	50
6.2.3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (ICD C30-C39)	52
6.2.4. Sterblichkeit an Krankheiten der Leber (ICD K70-K77)	54
6.2.5. Vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD X60-X84)	56
7. Inzidenzen der Tuberkulose (TBC)	60

Teil II. Indikatoren, die Hintergrund- und Basisinformationen zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung liefern	62
1. Daten zur Bevölkerung.....	63
1.1. Einwohnerzahl.....	63
1.2. Altersstruktur der Bevölkerung	64
1.3. Der sog. „Alterungsprozess“.....	65
1.4. Zusammensetzung der Einwohner nach der Herkunft.....	66
1.4.1. AusländerInnenanteil	67
1.4.2. Längerfristige Entwicklung des AusländerInnenanteils.....	68
1.5. Geburten und Sterbefälle.....	69
1.6. Reproduktion.....	70
2. Sterblichkeit	71
2.1. Sterbefälle nach Alter und Geschlecht.....	72
2.2. Die „Übersterblichkeit“ der Männer	73
3. Todesursachen	74
3.1. Spektrum der Todesursachen	74
3.2. Todesursachen im Lebenszyklus.....	76
3.3. Langfristige Entwicklung wichtiger Todesursachen	78
3.3.1. Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD I00-I99).....	78
3.3.2. Neubildungen (ICD C00-D48)	79
3.3.3. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD S00-T98).....	80
4. Morbidität	81
4.1. Krankenhausfälle	81
4.2. Krebsinzidenzen.....	81
4.3. Meldepflichtige Krankheiten	84
4.3.1. An das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelte Fälle 2008.....	85
4.3.2. Inzidenzen (= Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner), an das RKI übermittelt, entsprechend der Referenzdefinition des RKI	86
4.3.3. Entwicklung der Inzidenz ausgewählter Diagnosen in Nürnberg und Bayern.....	88
4.3.3.1. Rotaviren	88
4.3.3.2. Noroviren.....	89
4.3.3.3. Campylobacter	90
4.3.3.4. Salmonellose	90
4.3.3.5. Hepatitis C	91
4.3.3.6. Influenza	92

5.	Handicaps	92
5.1.	Pflegebedürftigkeit	93
5.2.	Schwere Behinderung im Alter	94
5.3.	Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe	94
5.4.	Vorzeitige Verrentung	95
6.	Verstorbene an Grippe und Pneumonie (ICD J00-J99)	96
7.	Belastungen durch den Straßenverkehr	97
7.1.	Kraftfahrzeugbestand im Verdichtungsraum	97
7.2.	Straßenverkehrsunfälle	98
8.	Aspekte der Versorgung	99
8.1.	Ärzte- und Apothekendichte	99
8.2.	Psychotherapie	100
8.3.	LogopädInnen	100
	Handlungsperspektiven	101
	Literatur	103

Teil I. Indikatoren, die auf eine sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheit in Nürnberg hinweisen

1. Die soziale Dimension der Gesundheit

„.....dass der größte Theil der Krankheiten, welche entweder den vollen Lebensgenuß stören, oder gar einen beträchtlichen Theil der Menschen vor dem natürlichen Ziel dahinraffen, nicht auf natürlichen, sondern auf künstlich erzeugten, gesellschaftlichen Verhältnissen beruhe, bedarf gar keines Beweises....“ (1847 Salomon Neumann)³

Dennoch wurden „sozial bedingte gesundheitliche Ungleichheiten ... in westlichen Industriegesellschaften seit der frühen Industrialisierung beobachtet und dokumentiert. In der Vergangenheit wurde jedoch davon ausgegangen, dass diese gesundheitlichen Ungleichheiten in modernen Gesellschaften verschwinden würden. ... Beim Übergang in das 21. Jahrhundert sind soziale Disparitäten in der Gesundheit jedoch immer noch eine der großen Herausforderungen für die Gesundheitssysteme der modernen Gesellschaften einschließlich der europäischen Länder.“⁴ So belegt inzwischen eine Vielzahl wissenschaftlicher Studien gravierende Unterschiede im Gesundheitszustand der Bevölkerung: Angehörige unterer Gesellschaftsschichten (gemessen anhand von Bildung, Beruf und Einkommen) haben im Mittel eine 4 bis 10 Jahre geringere Lebenserwartung als Angehörige der oberen.⁵

„Warum sind die Armen kränker als die Reichen“?⁶

Nicht nur die „Armen“ der Gesellschaft sind von gesundheitlichen Unterschieden betroffen, „vielmehr gibt es einen sozialen Gradienten von Morbidität und Mortalität, der sich durch die gesamte Gesellschaft zieht. Mit jedem Schritt nach oben auf der gesellschaftlichen Leiter verbessert sich der Gesundheitszustand. Wir beobachten den sozialen Gradienten nicht nur für die allgemeine Sterblichkeit, sondern auch für die Haupttodesursachen einschließlich koronarer Herzkrankheiten und Schlaganfall. Ferner sind wichtige Risikofaktoren für chronisch degenerative Krankheiten im Sinne eines soziale Gradienten ausgeprägt.“⁷

„Warum sind die Reichen kränker als die ganz Reichen“?⁸

Der soziale Gradient zeigt sich am stärksten in der frühen Kindheit und im mittleren Lebensalter, besteht aber während des gesamten Lebens.⁹ Er ist nicht als ein individuelles Gesundheitsrisiko zu interpretieren, sondern bezieht sich auf Unterschiede in der Gesundheit größerer Bevölkerungsgruppen.

Als Gründe für Unterschiede in der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung gelten¹⁰

³ MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern/ Göttingen/ Toronto/ Seattle, 2000, S. 127

⁴ SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.): Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, Bern 2008, S. 15

⁵ vgl. a.a.O.

⁶ MIELCK, A.: a.a.O. S. 362

⁷ SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.): a.a.O., S. 16/ 17

⁸ MIELCK, A.: a.a.O.

⁹ SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.): a.a.O.

¹⁰ Die Möglichkeit von Fehlschlüssen aufgrund methodischer Fehler in der Datenstruktur muss in jeder Studie überprüft werden.

- **natürliche oder soziale Selektion:** Der Gesundheitszustand beeinflusst die Zugehörigkeit eines Menschen zu einer Sozialschicht. Die Ergebnisse wissenschaftlicher Untersuchungen weisen jedoch auf eine umgekehrte Wirkungsrichtung hin: Zwar kann eine gesundheitliche Einschränkung im Kindesalter die soziale Mobilität im späteren Leben beeinflussen; der Einfluss der Schichtzugehörigkeit auf die Gesundheit ist jedoch stärker.¹¹
- **materielle oder strukturelle Bedingungen:** Ressourcen, die sich aus der beruflichen Stellung und dem Einkommen ergeben und damit auch von der Bildung abhängig sind, beeinflussen die Gesundheit direkt. Dies geschieht beispielsweise durch die Exposition gegenüber Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz, durch die Wohnbedingungen, die Wahl der Lebensmittel und wird unter Umständen durch bestimmte psychosoziale Einflüsse auch an das soziale Umfeld weitergegeben.¹²
- **kulturelle oder verhaltensbezogene Einflüsse:** Das schichtspezifische Milieu (Habitus), in dem ein Mensch aufgewachsen ist, prägt im Rahmen des Sozialisationsprozesses seinen gesundheitsbezogenen Lebensstil, d.h. die Ausprägung gesundheitsfördernden oder –schädigenden Verhaltens. Darüber hinaus vermittelt es „grundlegende kognitive, motivationale und soziale Fähigkeiten, welche die persönliche Entwicklung und den Umgang mit Belastungen bestimmen“.¹³

Diese Erklärungsansätze schließen sich keineswegs gegenseitig aus. Als Verbindungsglieder zwischen der sozialen Umwelt und gesundheitlichen Folgen werden in den letzten Jahren auch psychologische und psychobiologische Prozesse wissenschaftlich diskutiert.¹⁴

Auf statistischem Wege lässt sich das Potential an Gesundheitsrisiken einer Gesellschaft, die sich aus der sozialen Lage ihrer Mitglieder ergeben, nicht vollständig erfassen. So sind kulturelle oder verhaltensbezogene Einflüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung für eine indikatorengestützte Gesundheitsberichterstattung nur schwer zugänglich. Materielle und strukturelle Lebensbedingungen und deren selektierende Wirkungsweise hingegen lassen sich gut abbilden und somit die aufgrund ihrer sozialen Lage besonders gefährdeten Bevölkerungsgruppen weitgehend identifizieren.

Die Frage „Warum sind die Armen kränker als die Reichen?“ führt zu der Frage, wer „arm“ ist: Trotz der noch lebhaften wissenschaftlichen und politischen Diskussion über den Begriff der „Armut“ zeichnet sich als Minimalkonsens ab, dass in den reichen Industrieländern der Erde in erster Linie relative Armut herrscht. „Diese wird am einfachsten dadurch gekennzeichnet, dass Menschen als arm gelten, wenn sie weniger als die Hälfte dessen für sich zu Verfügung haben, als der allgemeine Bevölkerungsdurchschnitt in vergleichbarer Haushaltszusammensetzung,“¹⁵ d.h. weniger als 50% des durchschnittlichen bedarfsgewichteten Haushaltseinkommens.¹⁶ Als armutsgefährdet gilt, wer zwischen 50 und 60% des Durchschnittseinkommens zur Verfügung hat.

¹¹ vgl. **SIEGRIST, J./ MARMOT, M. (Hrsg.)**: Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Erklärungsansätze und gesundheitspolitische Folgerungen, a.a.O., S. 20

¹² vgl. a.a.O. S. 21

¹³ vgl. a.a.O. S. 21/ 22

¹⁴ vgl. a.a.O. S. 178-184

¹⁵ Stadt Nürnberg, Referat für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg 2006, Bd 2, S. 6

¹⁶ Alle Einkünfte abzüglich Steuer und Sozialversicherung (Nettoeinkommen) differenziert nach Haushaltsgröße Quelle: Stadt Nürnberg, Referat für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg, Bd.1, S. 17

Bei der Verwendung des Begriffs „Armut“ sollte immer bedacht werden,

- dass „eigentlich ... alle Mangellagen, die nicht sofort zum Tod der davon betroffenen Menschen führen, relativ“¹⁷ sind. So kann Armut nie ohne den sozioökonomischen Entwicklungsstand des Landes gesehen werden, in dem sie existiert.¹⁸
- dass Armut eine strukturelle Einheit mit dem Reichtum bildet: „Armut ist das Ergebnis der Art und Weise wie Reichtum produziert wird. Und wie er verteilt wird“. (A. SCHUBERT).¹⁹ oder anders ausgedrückt: „Armer Mann und reicher Mann/ standen da und sah`n sich an./ Und der Arme sagte bleich: / Wär ich nicht arm, wärst Du nicht reich.“ (B.BRECHT)²⁰

Zum Jahresende 2009 wies das Amt für Existenzsicherung und soziale Integration der Stadt Nürnberg (Sozialamt) 57.684 NürnbergerInnen als EmpfängerInnen von Sozialtransferleistungen²¹ auf, d.h. 11,5% der Nürnberger Bevölkerung verfügte über kein oder über ein für den Lebensunterhalt unzureichendes Einkommen. Insgesamt wurden 158,7 Mio. Euro (Bruttoausgaben) als Transferleistungen ausbezahlt. Nicht alle „Armen“ jedoch nehmen diese Leistungen in Anspruch: Nach dem Jahresbericht des Referates für Jugend, Familie und Soziales gelten mehr als ein Fünftel der Nürnberger Bevölkerung als arm oder armutsgefährdet.²²

Als gängigste „Wege in die Armut“ benennt das Referat für Jugend, Familie und Soziales der Stadt Nürnberg:

1. »Armut ohne Arbeit« und »Armut trotz Arbeit«
2. Armut durch Kinderreichtum
3. »Angeborene« Armut: Kinder in armen Familien
4. Armut nach Trennung und Scheidung, Armut Alleinerziehender
5. Armut im Alter.²³

Auch das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth untersucht im Rahmen seiner Wohnungs- und Haushaltserhebungen regelmäßig die finanzielle Situation der Nürnberger Bevölkerung. Demnach hat eine große – und in den letzten Jahren deutlich steigende – Anzahl Nürnberger Haushalte finanzielle Probleme.²⁴

¹⁷ **Butterwegge, Ch.:** Armut in einem reichen Land, Frankfurt/ Main 2009, S. 19

¹⁸ vgl. a.a.O. S. 21

¹⁹ vgl. a.a.O. S. 31

²⁰ a.a.O. S. 32

²¹ nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, SG VII: Grundsicherung, SGB XII: Hilfe zum Lebensunterhalt, SGB II: Grundsicherung für Arbeitssuchende

²² vgl. Stadt Nürnberg, Referat für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Jahresbericht 2009, S. 37

²³ vgl. ders.(Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg 2006, Bd 2 a.a.O.

²⁴ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth : Finanzielle Schwierigkeiten Nürnberger Privathaushalte, Statistischer Monatsbericht für Nov. 2008

Im Jahr 2007 antworteten auf die Frage **„Gab es in den letzten 12 Monaten einmal eine Situation, in der es für Ihren Haushalt schwierig war, die Ausgaben für Lebensmittel, Miete und andere Rechnungen zu begleichen?“** ein Drittel der Befragten (31,0%) mit „ja“. 1989 betrug ist dieser Anteil noch 12%. Er ist seither fortlaufend angewachsen und war schließlich zwischen 1989 und 2007 um das 2,6-Fache gestiegen. Besonders häufig unter einem finanziellen Engpass litten:

- Alleinerziehende (66%)
- Haushalte mit einem monatlichen Einkommen unter 1.000 Euro (59%),
- Befragte ohne einen allgemeinbildenden Schulabschluss (55%),
- Befragte ohne einen berufsbildenden Abschluss (48%),
- Familien mit mehr als 5 Personen (43%)
- AusländerInnen (45%)
- Haushalte mit Kindern (41%)
- 1-Personen-Haushalte unter 35 Jahren (41%).

Die Frage **„Stellen Sie sich einmal vor, Sie kommen plötzlich in eine Situation, in der Sie innerhalb einer Woche 1.500 Euro brauchen. Können Sie dieses Geld ohne fremde Hilfe aufbringen?“** beantworteten 38% der Befragten mit „nein“. Seit 1989 war dies der höchste Wert. Hatte zwischen 1989 und 2001 jeweils etwas mehr als ein Viertel der Haushalte nur geringe finanzielle Rücklagen, so hat sich ihr Anteil zwischen 2001 und 2007 um 10 Prozentpunkte erhöht.

Haushalte ohne finanzielles Polster für Notfälle waren am häufigsten bei

- Arbeitslosen (78 %)
- Haushalten mit einem monatlichen Einkommen unter 1.000 Euro (76 %)
- Befragten ohne allgemeinbildenden Schulabschluss (73 %)
- Alleinerziehenden (70 %)
- un-/ angelernten ArbeiterInnen (68 %)
- AusländerInnen (60 %)
- Befragten ohne berufsbildenden Abschluss (60 %)
- SchülerInnen / StudentInnen / Zivil-/ Wehrdienstleistenden (57 %)
- jungen Befragten zwischen 18 und 24 Jahren (53 %)
- Deutschen mit Migrationshintergrund (49 %).

2. Arbeitslosigkeit

Der soziale Gradient wirkt auf die menschliche Gesundheit auf materieller Ebene über die Unterversorgung mit lebensnotwendigen Dingen (Wohnung, Kleidung, Ernährung), über den Ausschluss von Konsum- und Erlebnismöglichkeiten, die zum gesellschaftlichen Lebensstandard zählen, auf der psychosozialen Ebene über Belastungen, die Verhaltensreaktionen nach sich ziehen können, sowie über die Bereitschaft zu gesundheitsriskantem Verhalten. Mit zunehmendem Einkommen vergrößert sich der Spielraum für gesunde Ernährung, Erholungsmöglichkeiten und direkte Käufe von Gesundheitsleistungen. Die Angst vor dem sozialen Abstieg hat heute jedoch auch bisher gut gestellte und gesicherte große Bevölkerungsgruppen erfasst und erzeugt auch hier zunehmende Stresssituationen.²⁵

Entsprechend der Wirkung des Gradienten kumulieren gesundheitliche Probleme und Verhaltensrisiken in den Armutsrisikogruppen.²⁶ Von diesen sind nicht nur in Nürnberg, sondern auch bundesweit Arbeitslose und allein Erziehende am stärksten armutsgefährdet.²⁷

Arbeitslosigkeit ist mit konkret fassbaren materiellen Einschränkungen verbunden, die sich ansatzweise schon vor der Arbeitslosigkeit zeigten: Aus den Daten des Telefonischen Gesundheitssurveys 2003 geht hervor, dass 22 % der Arbeitslosen vormals an- oder ungelernte ArbeiterInnen waren gegenüber 7 % der Erwerbstätigen. Keinen beruflich qualifizierenden Abschluss besaßen 14 % der Arbeitslosen gegenüber 5 % der Erwerbstätigen. Im Bundesgesundheitsurvey 1998 gaben 8,7 % der Arbeitslosen an, noch mit Holz- oder Kohleeinzelöfen zu heizen gegenüber 4,5 % der Erwerbstätigen. Ferner wohnten 34 % der Arbeitslosen an einer viel befahrenen Straße im Unterschied zu 22 % der Erwerbstätigen.²⁸

Obwohl es keine „Arbeitslosenkrankheit“ gibt, weisen viele Studien darauf hin, dass schon drohende Arbeitslosigkeit und vor allem Langzeitarbeitslosigkeit (länger als ein Jahr dauernd) die Gesundheit belastet:

- Betroffene schätzten im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter als Erwerbstätige ein: Die Relation einer „sehr guten“ Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit von langzeitarbeitslosen und erwerbstätigen Männern betrug 1:3, bei den Frauen 1:2.²⁹ Dies erscheint umso bedeutsamer, als die Einschätzung der eigenen Gesundheit als ein valider Prädiktor für die Lebenserwartung gilt.³⁰
- 60 % der langzeitarbeitslosen Männer zwischen 20 und 69 Jahren gaben an, gegenwärtig unter chronischen Beschwerden und Schmerzen zu leiden. Unter den kurzzeitig Arbeitslosen waren es nur 36 % und bei den Erwerbstätigen nur 28%. Bei den Frauen wirkte sich bereits Kurzeitarbeitslosigkeit negativ auf die Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit aus.
- 26 % der arbeitslosen gegenüber 14 % der erwerbstätigen Männer haben im Jahr vor der Befragung durchschnittlich mindestens einmal im Monat ambulante ärztliche Dienste in Anspruch genommen, ebenso wie 37 % der arbeitslosen gegenüber 27 % der erwerbstätigen Frauen.³¹

²⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin 2005, S. 35

²⁶ vgl. a.a.O. S. 34/35

²⁷ vgl. a.a.O. S. 22

²⁸ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 74/75

²⁹ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 75

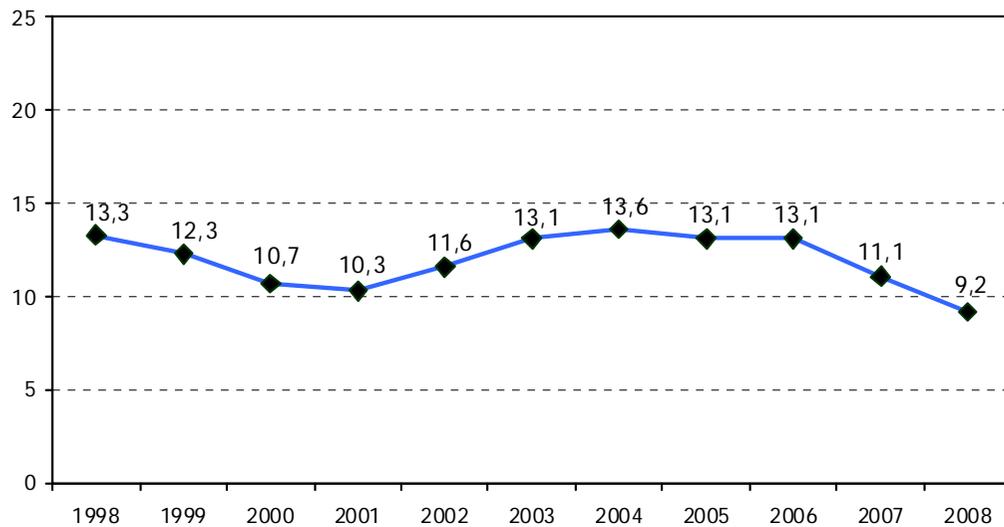
³⁰

³¹ vgl. a.a.O. S. 77/78

- Die Begutachtungen durch den Ärztlichen Dienst der Bundesagentur für Arbeit wiesen Krankheiten des Muskel- und Skelett-Systems sowie psychische und Verhaltensstörungen als häufigste Diagnosen aus, während die häufigsten Einzeldiagnosen bei Krankenhausaufenthalten psychische Krankheiten waren.³²

2.1. Arbeitslosenquote (% der zivilen abhängigen Erwerbspersonen)

Abb. 2.1 Arbeitslosenquote in Nürnberg 2000-2008 (Jahresdurchschnitt) in Prozent



Die Arbeitslosenquote ist auf gesamtstädtischer Ebene ein Hinweis auf mögliche Probleme, die durch Arbeitslosigkeit entstehen und die sich direkt oder indirekt auf die gesundheitliche Situation der Bevölkerung auswirken können. Es wäre hier der Rückgang von Kaufkraft und Steuereinnahmen zu nennen, die Zunahme sozialer und gesundheitlicher Probleme, gesteigerte Anforderungen an die kommunalen Institutionen, wachsende Sozialhilfeausgaben und vermehrte Abwanderung, vor allem junger Menschen, und als Folge davon Bevölkerungsrückgang und Wohnungsleerstand.³³ Mit der Arbeitslosigkeit ist nicht nur ein Verarmungstrend verbunden, der die Gestaltungsspielräume der Gemeinde beschränkt, sondern auf der individuellen Ebene sich auch nachteilig auf die Gesundheit auswirkt (s.o.).³⁴

Nachdem die Arbeitslosenquote in Nürnberg 2003–2006 mehr als 13 % erreicht hatte, ging sie wieder zurück. Der längerfristige Trend 1998-2008 war leicht sinkend. Im Jahr 2008 waren durchschnittlich 9,2% der zivilen abhängigen Erwerbspersonen, d.h. 20.780 Erwerbspersonen arbeitslos gemeldet.

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistische Jahrbücher der Stadt Nürnberg 2002, S. 89, 2005, S. 91, 2008, S. 89, 2009, S. 89

³² **Elkeles, Th.:** Gesundheitliche Ungleichheit am Beispiel von Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Befunde, Erklärungen und Interventionsansätze in: Bauer, U./ Bittlingmayer U./ Richter, M. (Hrsg.): Health Inequalities, Wiesbaden 2008, S. 87-107, S. 90

³³ vgl. **Suß, W./ Podszuweit, U.:** Integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung: Profile von 35 Kernindikatoren in: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Iögd NRW (Hrsg.): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen, a.a.O. S. 113-155, S. 138

a.a.O. S. 138

³⁴ vgl. a.a.O. S. 139

2.2. Arbeitslosenquote im regionalen Vergleich

Tab. 2.2 Arbeitslosenquote im regionalen Vergleich, Jahresdurchschnitt 2008

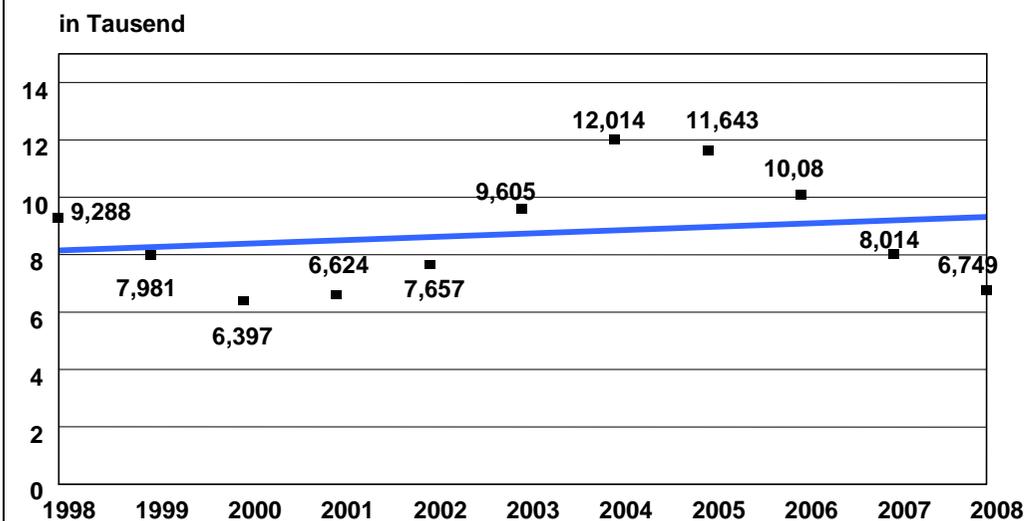
Nürnberg	9,2
Fürth	8,3
Erlangen	4,5
München	6,2
Bayern	4,8

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 25.3.2010 Indikator (L) 2.21

In Nürnberg und Fürth war 2008 ein deutlich größerer Teil der abhängigen (zivilen) Erwerbspersonen arbeitslos gemeldet als in Erlangen, München und im Landesdurchschnitt. Die Arbeitslosenquote Nürnbergs gehörte zu den höchsten Bayerns: In ähnlicher Größenordnung (mehr als 9 %) bewegten sich hier nur noch die Städte Coburg, Hof und Schweinfurt.

2.3. Langzeitarbeitslosigkeit

Abb. 2.3 Langzeitarbeitslose im Stadtgebiet Nürnberg jeweils im 4. Quartal 1998-2008



Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistische Jahrbücher der Stadt Nürnberg 2005, S. 97 und 2009, S. 95

Vor allem Langzeitarbeitslosigkeit (mehr als 1 Jahr) gefährdet den Gesundheitszustand der Betroffenen. Umgekehrt werden ArbeitnehmerInnen mit einem gesundheitlichen Handicap oft eher entlassen.

Die Zahl der Langzeitarbeitslosen hatte in Nürnberg einen vorläufigen Höhepunkt im Jahr 2004 mit 12.014 Personen erreicht und ist bis 2008 wieder auf 6.749 (um 56,2%) zurückgegangen. Nimmt man den 10-Jahres-Zeitraum, blieb der Trend dennoch steigend. Auch die großen Firmenschließungen des Jahres 2009 (z.B. Quelle) lassen eine wiederholte Zunahme der Zahl Langzeitarbeitsloser – und damit gesundheitlich gefährdeter Menschen erwarten.

ZUSAMMENFASSUNG:

Nürnberg hatte 2008 mit 9,2 % nicht nur die höchste Arbeitslosenquote der mittelfränkischen Vergleichsstädte, sondern auch eine der höchsten in Bayern. Während des Jahrzehnts 1998-2008 blieb die Arbeitslosenquote bis 2006 verhältnismäßig stabil und wies sogar eine leicht sinkende Tendenz auf. Die Zahl der Langzeitarbeitslosen, die gesundheitlich oft besonders belastet sind, hat zwar kurzfristig in den vergangenen Jahren abgenommen, wies langfristig aber noch immer eine steigende Tendenz auf. Mit den großen Firmenschließungen im Verdichtungsraum ist auch mit einem Anstieg der (Langzeit-) Arbeitslosigkeit zu rechnen. Damit wird die Zahl der Menschen in Nürnberg zunehmen, die möglicherweise vor allem unter Schäden des Halte- und Bewegungsapparates, der psychischen und – oft relativ unspezifischen Beschwerden leiden könnten.

3. Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit – Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg im Jahr 2006

In der Bundesrepublik werden nur wenige Routinedaten zur gesundheitlichen Lage der Bevölkerung flächendeckend erhoben und sind statistisch belastbar. „Beschwerden, für die keine medizinische Hilfe in Anspruch genommen wird, bleiben in den verfügbaren Routinedaten in der Regel verborgen. Ebenso wenig geben diese Auskunft über die eigentliche Lebensqualität der Deutschen oder den Einfluss ungleicher Lebensbedingungen auf die Gesundheit und die gesellschaftlichen Teilhabechancen.“³⁵

Angesichts dieses Defizits in der Datenlage können nur eigene Erhebungen mehr Einblick in die gesundheitliche Situation der Bevölkerung verschaffen. Informationen zur Selbsteinschätzung der eigenen Gesundheit erscheinen umso wichtiger, als sich in verschiedenen Längsschnittstudien die selbst eingeschätzte Gesundheit als valider Prädiktor für die Lebenserwartung erwies, d.h. ein durchaus realistisches Bild des eigenen Gesundheitszustands zeichnet. „Möglicherweise beeinflusst die gesundheitliche Selbsteinschätzung auch die Motivation, riskante Verhaltensweisen zu verändern. Nicht zuletzt entscheidet der erlebte und wahrgenommene Gesundheitszustand mit über die aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.“³⁶

Ergebnisse auf Bundesebene legt das Robert-Koch-Institut (RKI) im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 und seinen Fortschreibungen vor.³⁷ Auch das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth hat im Rahmen seiner regelmäßig durchgeführten Wohnungs- und Haushaltserhebung³⁸ in den Jahren 1995 und 2006 ein Zusatzmodul „Gesundheit“ eingebaut. Die Stichprobe³⁹ des Jahres 2006 umfasste 4.250 Haushalte.⁴⁰ Die Ergebnisse liegen in einer Veröffentlichung des Gesundheitsamtes seit 2008 vor.⁴¹ Es folgen Auszüge, die Hinweise auf die Wirksamkeit des sozialen Gradienten in der befragten Bevölkerungsgruppe geben können.

³⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 19

³⁶ vgl. a.a.O. S. 17

³⁷ vgl. a.a.O. S. 19

³⁸ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998, S. 1

³⁹ Die Wohnungs- und Haushaltserhebung durchläuft einen Vierjahreszyklus, der im ersten Jahr eine Stichprobe von etwa 10.000 Haushalten vorsieht, und der in den drei Folgejahren kleinere repräsentative Teilstichproben folgen.

⁴⁰ 200 der ursprünglich 4.450 Fragebögen waren nicht zustellbar.

⁴¹ Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg (Hrsg.): Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes, Schwerpunktthema der Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, Nürnberg 2008

3.1. Zufriedenheit mit der Gesundheit: Wie sieht es Ihrer Meinung nach mit der Gesundheit aus? Wie fühlen Sie sich ganz allgemein?

Die Wohnungs- und Haushaltserhebung des Jahres 2006 ergab, dass 58,3 % der Nürnberger Männer und 48,7 % der Frauen ihre Gesundheit durchaus positiv („sehr gut“ / „gut“) einschätzten. Weitere 28,8 % der Männer und 30,1 % der Frauen beurteilten sie als „zufriedenstellend“. Damit waren 87,1 % der Männer und 78,8 % der Frauen mit ihrer Gesundheit im Großen und Ganzen zufrieden. Dennoch verblieben 12,9 % der Männer und 21,1 % der Frauen, die ihren Gesundheitszustand negativ – „weniger gut“/„schlecht“/ indifferent - einstufen. Obwohl die Nürnberger Daten nicht direkt mit denen des Telefonischen Gesundheitssurveys des RKI aus dem Jahr 2002/03 vergleichbar sind⁴², wirkt die Situation in Nürnberg weniger günstig als im Bundesgebiet: Bundesweit beurteilten 75,9 % der befragten Männer und 69,4 % der Frauen ihre Gesundheit als „sehr gut“/ „gut“, d.h. deutlich häufiger als in Nürnberg. Sie bezeichneten außerdem ihre Gesundheit weit weniger häufig negativ („weniger gut“/ „schlecht“/indifferent) als die Nürnberger Befragten (Bund: 5,9 % der Männer und 6,7 % der Frauen).⁴³

Männer erweisen sich im Vergleich zu den Frauen meist als mit ihrer Gesundheit zufriedener. Eine repräsentative Umfrage des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung bestätigte dies auch langfristig (1990-2001).⁴⁴ Dies erstaunt umso mehr, als die Lebenserwartung der Männer um bis zu 6 Jahre niedriger als die der Frauen ist („Genderparadox“).⁴⁵

Empirische Studien wie das Sozioökonomische Panel oder der Telefonische Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts belegen, dass mit der Höhe des Einkommens, der allgemeinen Schulbildung und des beruflichen Status die positive Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes zunimmt.⁴⁶

Tab. 3.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit bei Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit (% der Befragten)

	arbeitslos	erwerbstätig
„sehr gut/ gut“	37,1	68,3
„zufriedenstellend“	37,7	22,6
„weniger gut/ schlecht/ indifferent“	25,2	9

Von den 1.527 Personen befragten Personen im Erwerbsalter zwischen 18 und 64 Jahren waren zum Zweitpunkt der Befragung 9,9 % (151 P.) arbeitslos.

25,2% der Arbeitslosen beurteilten ihren Gesundheitszustand negativ gegenüber nur 9,0% der Erwerbstätigen (Relation 2,8:1); nur beinahe halb so oft beurteilten sie ihr Befinden positiv (37,1% gegenüber 68,3% der Erwerbstätigen).

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

⁴² Die beiden Erhebungen unterscheiden sich der Altersobergrenze und dem Erhebungszeitraum.

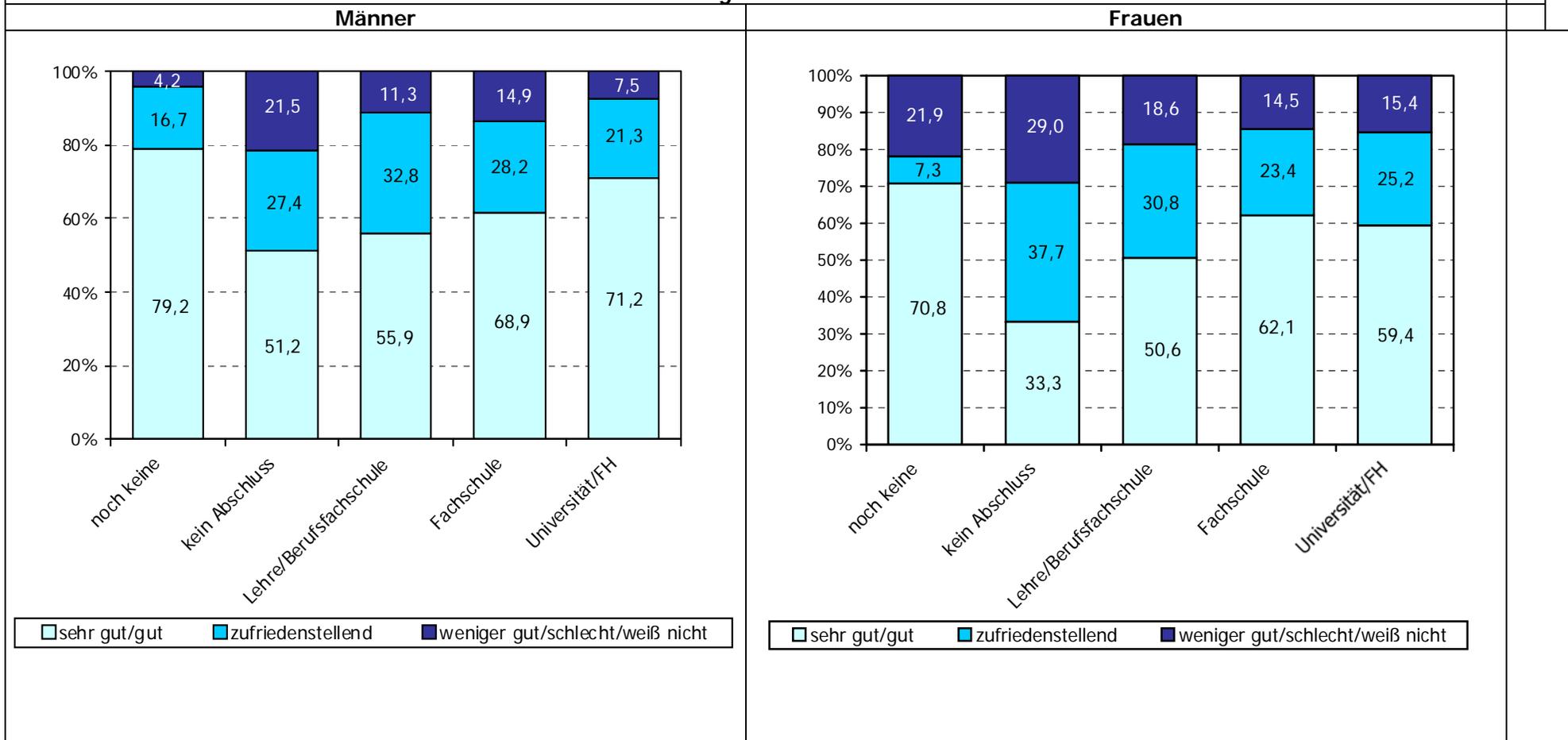
⁴³ Robert-Koch-Institut: Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03), Quelle: www.gbe-bund.de, 24.3.2010

⁴⁴ ders.: Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 17

⁴⁵ Jahn, I.: Gender-Glossar, Bremen 2003, S. 6

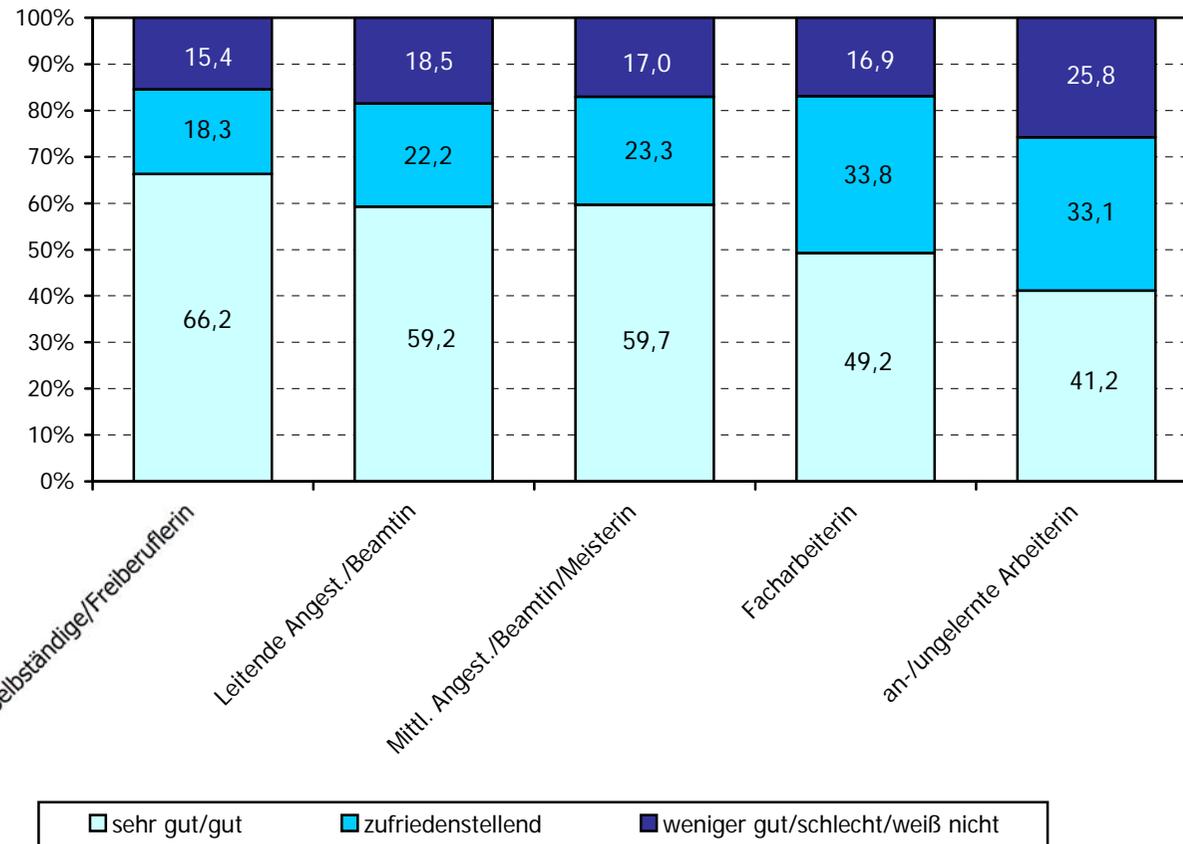
⁴⁶ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit , a.a.O. S. 145-151

Abb. 3.1.1 Zufriedenheit mit der Gesundheit und berufliche Bildung



Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

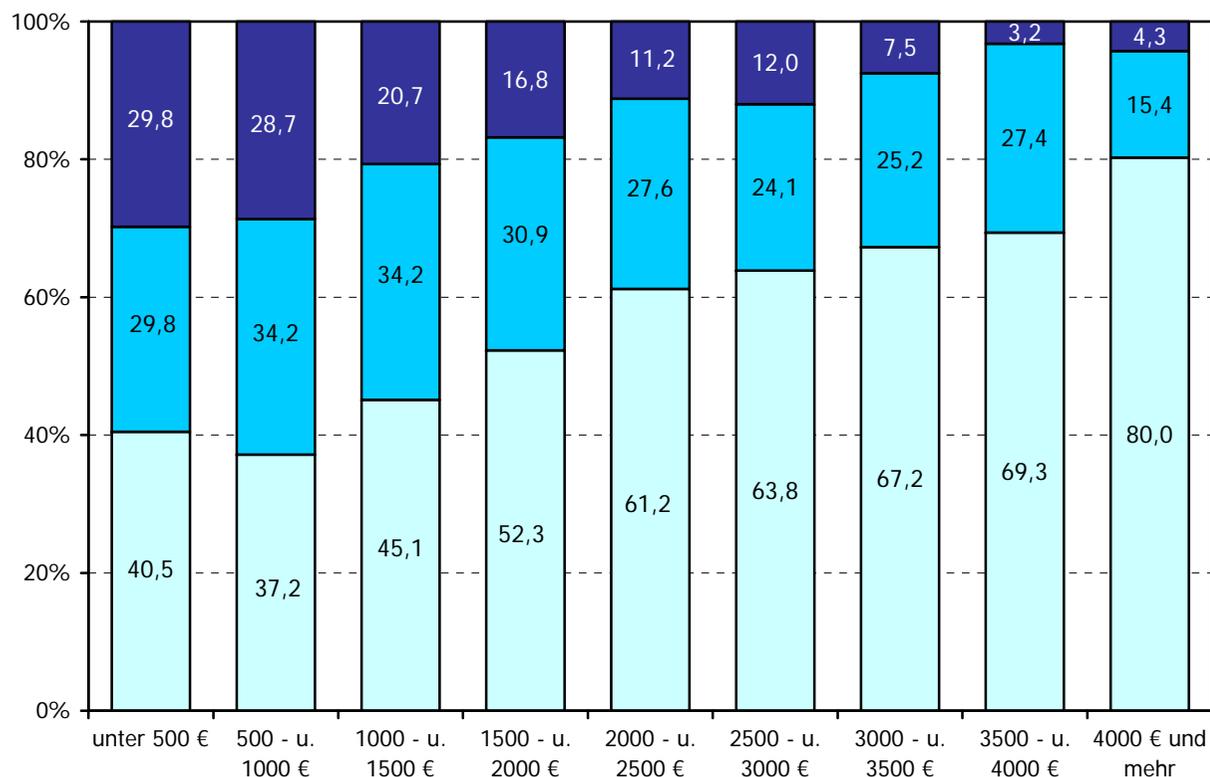
Die eigene Gesundheit wurde von Männern und Frauen umso häufiger positiv eingeschätzt, desto besser die berufliche Qualifikation war: 51,2 % der Männer und 33,3 % der Frauen ohne einen beruflichen Abschluss bewerteten ihre Gesundheit positiv. Dieser Anteil stieg auf 71,2 % der Männer mit einem Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. Bei den Frauen fiel der Zufriedenheitsgrad von den Absolventinnen einer Fachschule (62,1 %) hin zu den Akademikerinnen wieder leicht ab (59,4 %).⁴⁷

Abb. 3.1.2 Zufriedenheit mit der Gesundheit und Stellung im Beruf - Frauen

Ein deutlicher gradueller Anstieg des gesundheitlichen Wohlbefindens mit zunehmender beruflicher Autonomie zeigte sich nur bei den Frauen: 66,2 % der selbständigen und freiberuflich tätigen Frauen beurteilten ihre Gesundheit positiv. Dieser Anteil reduzierte sich mit „sinkender“ beruflicher Position auf 41,2 % bei den an- und ungelerten Arbeiterinnen.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

⁴⁷ Die positive Bewertung der Männer und Frauen, die sich noch in der Berufsausbildung befanden, dürften wohl auch auf deren meist noch geringes Alter zurückzuführen sein.

Abb. 3.1.3 Zufriedenheit mit der Gesundheit und monatliches Netto-Haushaltseinkommen 2006

■ weniger gut/schlecht/weiß nicht
■ zufriedenstellend
■ sehr gut/gut

Mit der Höhe des Netto-Haushaltseinkommens steigerte sich auch das gesundheitliche Wohlbefinden: In der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro beurteilten 80,0 % der Befragten ihre Gesundheit positiv. Dies war mehr als doppelt so häufig wie in der Einkommensgruppe zwischen 500 bis u. 1.000 Euro (37,2 %).

Umgekehrt ging der Anteil negativer Beurteilungen mit zunehmender Höhe des Einkommens zurück von 29,8 % bei Befragten mit einem Haushaltseinkommen von unter 500 Euro auf 4,3 % in der höchsten Einkommensgruppe. Abweichungen von dem sozialen Gradienten fanden sich bei Befragten mit einem marginalen Netto-Haushaltseinkommen von weniger als 500 Euro pro Monat und bei Angehörigen der höchsten Einkommensgruppe ab 4.000 Euro. Die Gründe hierfür können an dieser Stelle nicht geklärt werden.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

3.2. Beschwerden: Es gibt eine Reihe von Beschwerden, unter denen viele Menschen leiden. Bitte sagen Sie mir, ob sie in den letzten drei Monaten von den folgenden Gesundheitsproblemen häufig, manchmal oder nie betroffen waren.

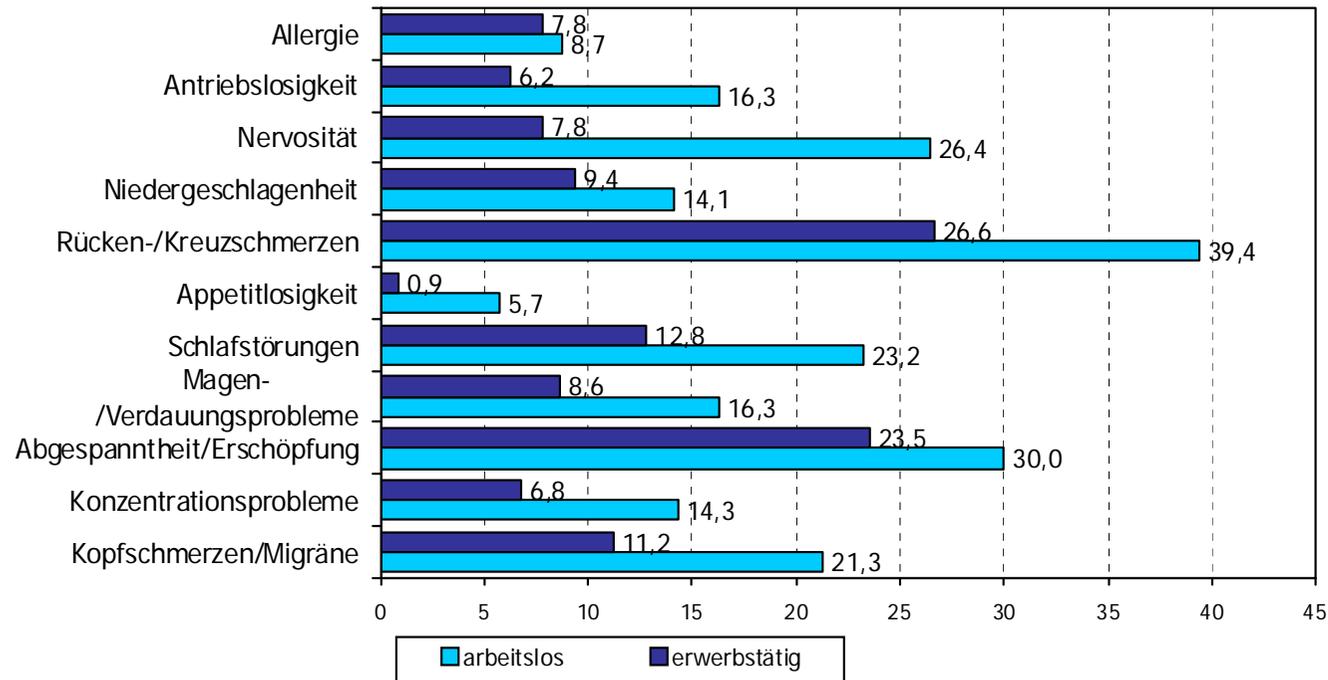
Es wurde die Häufigkeit des Auftretens bestimmter Beschwerden abgefragt, die subjektiv empfunden wurden, unabhängig davon, ob ein Arztbesuch und eine objektive ärztliche Diagnose vorlag. Erwachsene im mittleren Lebensalter mit einem Armutsrisiko (60 % des gesamtgesellschaftlichen Durchschnittseinkommens) leiden vermehrt an – auch chronischen – Krankheiten als auch unter starken Schmerzen und gesundheitsbedingten Einschränkungen im Alltagsleben.⁴⁸

Tab. 3.2 Zahl der häufig auftretenden Beschwerden bei Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit 2006 in Prozent

Zahl der Beschwerden	arbeitslos	erwerbstätig
0-2	26,7	15,5
3-8	46,3	67,1
9-11	27,0	17,4

Im Vergleich zu den Erwerbstätigen litten arbeitslose Befragte beinahe doppelt so häufig unter relativ vielen (9-11) Beschwerden (1,6:1), waren allerdings aber auch fast doppelt so häufig beschwerdefrei/-arm (1,7:1).

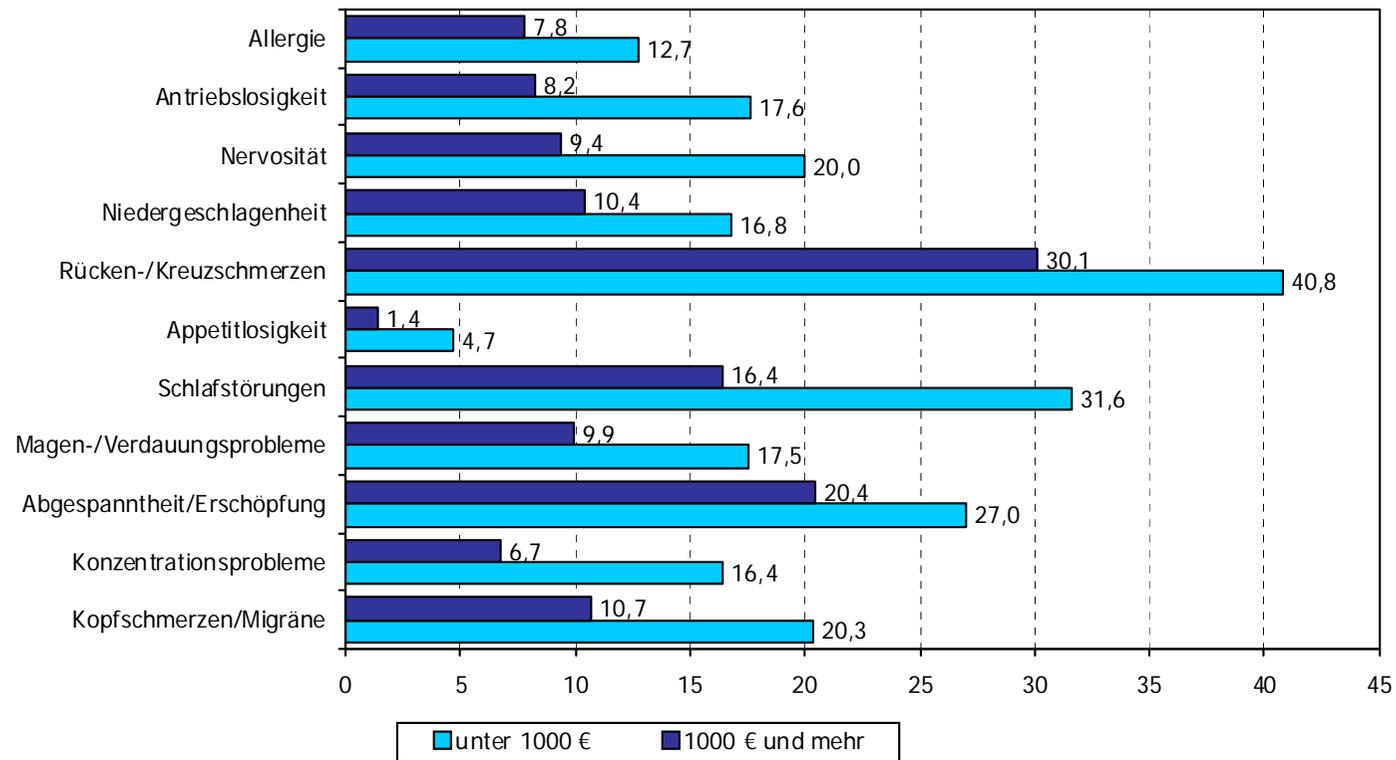
⁴⁸ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit , a.a.O. S. 145

Abb. 3.2.1 Häufig auftretende Beschwerden bei Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit 2006 in Prozent

Unter allen häufig aufgetretenen Beschwerden litten arbeitslose Befragte öfter als die erwerbstätigen, insbesondere unter Nervosität und Antriebslosigkeit. Es entfielen hier 3,4 bzw. 2,6 arbeitslose Befragte auf je 1 erwerbstätigen. Auch häufige Appetitlosigkeit war unter den Arbeitslosen verbreiteter.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Abb. 3.2.2 Häufig auftretende Beschwerden in Prozent und Höhe des Netto-Haushaltseinkommens 2006



Befragte mit einem monatlichen Netto-Haushaltseinkommen unter 1.000 Euro d.h. in Armutsnähe⁴⁹ lebende Haushalte, fühlten sich im Vergleich zu den Angehörigen von Haushalten, deren monatliches Einkommen 1.000 Euro überstieg, öfter durch alle abgefragten häufig auftretenden Beschwerden beeinträchtigt, vor allem durch Konzentrationsprobleme, Appetitlosigkeit, Nervosität und Antriebslosigkeit.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

⁴⁹ bezogen auf das Klassenmittel: 750 Euro

3.3. Körpergewicht

Gegenüber der bislang meist selbstverständlichen Auffassung, dass Übergewicht das allgemeine Erkrankungsrisiko steigert und die Lebenserwartung verkürzt, relativieren neuere wissenschaftliche Untersuchungen dessen krankmachende Rolle:

Übergewichtige Personen im Erwachsenenalter (BMI zwischen 25 und 29,9 kg/m²) haben im Vergleich mit normalgewichtigen kein erhöhtes allgemeines Sterblichkeitsrisiko. Starkes Übergewicht jedoch (Adipositas, BMI > 30 kg/m²) und Untergewicht (BMI < 20,0 kg/m²) erhöhen das allgemeine Mortalitäts- und Morbiditätsrisiko, das mit zunehmendem Alter auch durch andere konkurrierende Risikofaktoren beeinflusst wird. Für einzelne Krankheiten hingegen lässt sich ein deutlicher risikosteigernder Effekt von Übergewicht und Adipositas erkennen: So steigt beispielsweise das Risiko für eine koronare Herzkrankheit (KHK) bei Übergewicht um 20 %, bei Adipositas um 50 %. Die KHK-Mortalität erhöht sich bei übergewichtigen Frauen nicht, bei Männern um 16 %. Bei Adipositas steigt die KHK-Sterblichkeit um 60 % bei den Männern und um 50 % bei den Frauen. Bis zu einem BMI von 27,2 kg/m² ist das Risiko, an Diabetes mellitus zu erkranken, gegenüber dem Normalgewicht nicht erhöht. Ein BMI zwischen 27,2 bis 29,4 steigert das Risiko um 100 %, ein BMI > 29,4 um etwa 300 %. Bei anderen Krankheiten scheint Übergewicht protektiv zu wirken: Bei zehrenden Erkrankungen wie Krebs oder Infektionen ist Übergewicht für die PatientInnen eher vorteilhaft. Auch reduziert Übergewicht/ Adipositas in bestimmten Fällen die Sterblichkeit bei Herzinsuffizienz und Herzinfarkt.⁵⁰

Die vorliegende Auswertung folgt der herkömmlichen Basis für die Berechnung und Einstufung des Körpergewichts durch den Body-Mass-Index (BMI). Er wird auf der Grundlage der Körpergröße und des –gewichts berechnet.⁵¹ Die Schwellenwerte zur Einstufung des BMI-Wertes sind standardisiert und können meist die individuelle Konstitution nicht mit berücksichtigen. Nach dem allgemeinen Standard darf ein normalgewichtiger Mensch einen BMI zwischen 18,5 und 24,9 aufweisen. Die Werte unter 18,5 werden als Untergewicht, die Werte ab 25 als Über- und die Werte ab 30 als starkes Übergewicht (Adipositas) eingestuft. Ausgehend von den geschlechtsspezifischen Durchschnittswerten der Körpergröße und des –gewichts ergab sich für alle befragten Nürnberger Männer ein BMI von 26,1 und für die Frauen ein BMI von 25,0.⁵² Im Vergleich mit den Ergebnissen des bundesweiten Mikrozensus 2005 (Männer: 26,1; Frauen: 24,8) entsprachen die durchschnittlichen BMI-Werte für die Nürnberger Männer dem Bundesdurchschnitt; der BMI für die Nürnberger Frauen lag etwas darüber.⁵³ Mehr als die Hälfte der befragten Männer und Frauen (insgesamt 53,1 %) hatten Normal-, weitere 34,4 % Übergewicht. Darunter neigten Frauen eher zu starkem / extremem Übergewicht (Adipositas) als Männer (7,5 % gegenüber 6,9 %). Auch unter den 12,5 % untergewichtigen Personen waren Frauen häufiger als Männer vertreten (14,5 % gegenüber 10,0 %).

⁵⁰ vgl. **LENZ, M./ RICHTER, T./ MÜHLHAUSER, I.:** Morbidität und Mortalität bei Übergewicht und Adipositas im Erwachsenenalter, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, H. 40, S. 641-648, und **ADAMS, K. et al.:** Overweight, Obesity, and Mortality in a Large Perspective Cohort of Persons 50 to 71 Years Old, in: The New England Journal of Medicine, Bd. 355, 2006, S. 763-778

⁵¹ BMI = Gewicht (kg) / Größe (m²), Robert-Koch-Institut (Hrsg.): a.a.O.: S. 113

⁵² Durchschnittliche Körpergröße: 1,78 m für Männer, 1,65 m für Frauen; durchschnittliches Körpergewicht: 83,2 kg für Männer und 68,1 kg für Frauen, Amt für Stadtforschung und Statistik in Nürnberg und Fürth, Statistischer Monatsbericht Januar 2007: Pfundskerle und Wespentailen: Wann ist man und frau eigentlich zu dick?

⁵³ Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005, Fragen zur Gesundheit, www.gbe-bund.de

Bei der Interpretation der BMI-Werte bleibt zu beachten, dass

- der BMI-Wert nur einen Anhaltspunkt für Über- und Untergewicht geben kann und keine individuelle Bewertung des Körpergewichts zulässt.⁵⁴
- die Bewertung von Über- und Untergewicht nicht einheitlich erfolgen kann: So kann Übergewicht der Wegbereiter ernsthafter Erkrankungen sein, aber bei bestimmten Krankheiten auch protektiv wirken. Ebenso kann Untergewicht einerseits lebensstilbedingt sein, andererseits aber auch auf eine Essstörung oder auf eine Mangelernährung hinweisen.

Im Telefonischen Gesundheitssurvey des Robert-Koch-Instituts konnte ein starker Zusammenhang zwischen dem Bildungsstand und dem Körpergewicht vor allem bei den Frauen nachgewiesen werden: 72,3 % der Frauen mit Volks- und Hauptschulabschluss waren übergewichtig bzw. adipös gegenüber 38,2 % der Frauen mit Abitur. Auch unter Arbeitslosen ist Übergewicht und Adipositas weiter verbreitet als unter Erwerbstätigen.⁵⁵

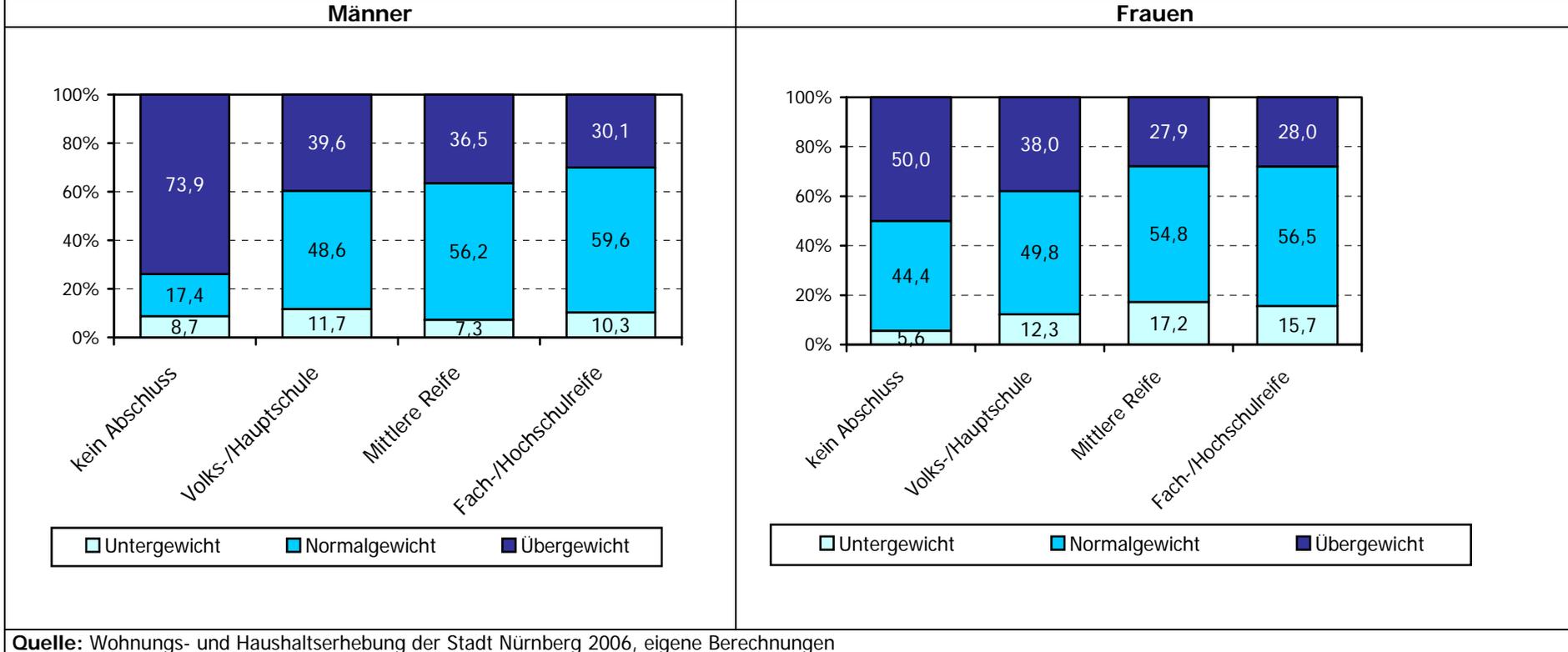
Tab. 3.3 Körpergewicht bei Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit

	arbeitslos	erwerbstätig	
Untergewicht	12,3	9,9	Personen mit Normalgewicht kamen unter den arbeitslosen Befragten seltener vor als unter den erwerbstätigen (44,8 % gegenüber 53,9 %). Arbeitslose waren häufiger übergewichtig (43,1 % gegenüber 36,2 %), aber auch häufiger untergewichtig (12,3 % gegenüber 9,9 %) gegenüber den erwerbstätigen Befragten. Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Kategorien Normal- bzw. Übergewicht angesichts der aktuellen gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnisse kritisch zu hinterfragen sind.
Normalgewicht	44,6	53,9	
Übergewicht	43,1	36,2	
Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen			

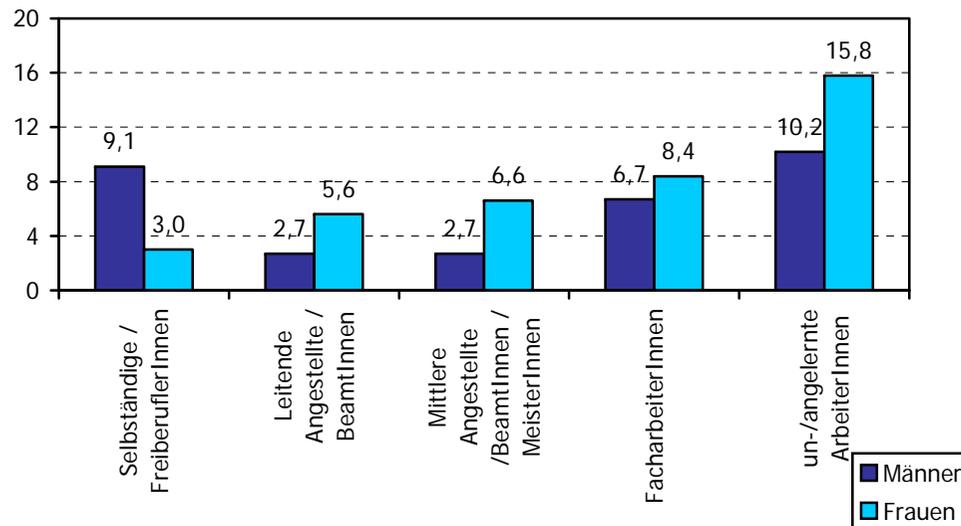
⁵⁴ In der Regel darf der BMI von Männern etwas höher als der von Frauen, der von älteren Personen höher als der von jungen sein. (Amt für Stadtforschung und Statistik in Nürnberg und Fürth, Statistischer Monatsbericht Januar 2007: a.a.O. S. 1)

⁵⁵ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 145

Abb. 3.3.1 Körpergewicht und höchster allgemeiner Schulabschluss 2006



Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Abb. 3.3.2 Adipositas und Stellung im Beruf

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Bei den Frauen ist ein deutlicher Gradient in der Häufigkeit adipöser Personen über die Stellung im Beruf hinweg erkennbar: Selbständig/ freiberuflich Tätige hatten mit 3 % den geringsten Anteil von Frauen mit krankhaften Übergewicht. Mit „abnehmender“ beruflicher Position nahm dieser Anteil zu auf 15,8 % bei den un- und angelernten Arbeiterinnen.

In ebenso deutlicher Form stieg der Anteil adipöser Männer von nur 2,7% bei den Leitenden Angestellten / Beamten auf 10,2% bei den an- und ungelerten Arbeitern. Selbständig und freiberuflich tätige Männer hatten jedoch einen vergleichbar großen Anteil adipöser Personen. Möglicherweise spielt hier die Heterogenität des sozialen Status innerhalb freier Berufe eine Rolle.

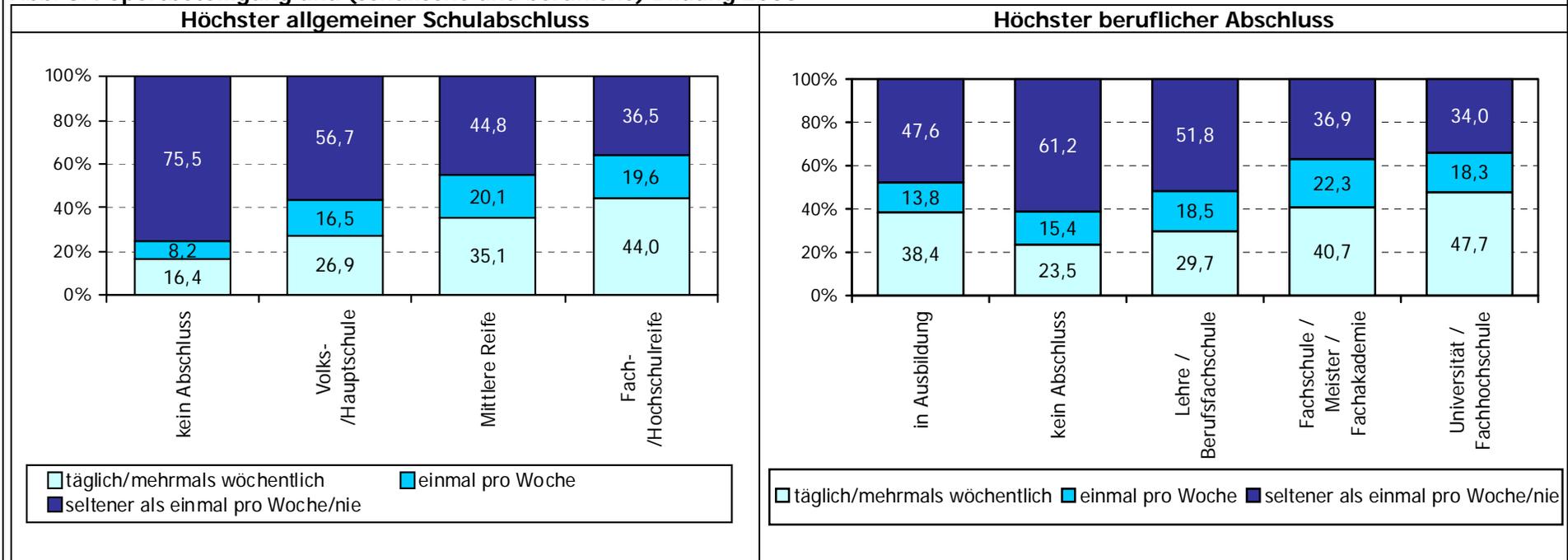
3.4. Sportbeteiligung

„Durch regelmäßige körperliche Aktivität lässt sich in jedem Alter ein Beitrag zur Krankheitsvermeidung und Aufrechterhaltung der Gesundheit erzielen. Dem Sport ist dabei ein hoher Stellenwert beizumessen, weil sich über Freizeit, Vereine, Schulen oder Betriebe zahlreiche Ansatzpunkte für bewegungsfördernde Angebote eröffnen.“⁵⁶ Nach eigenen Angaben trieben 20,0 % der Befragten niemals und weitere 28,3 % seltener als einmal pro Woche Sport. Dies bedeutet, dass knapp die Hälfte der Befragten (48,3 %) sportlich nicht oder nur wenig aktiv waren. Die übrigen Befragten betätigten sich regelmäßig mindestens einmal pro Woche sportlich, darunter 26,5 % mehrmals wöchentlich und 7,4 % sogar täglich.

⁵⁶ vgl.: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 146

Jenseits explizit sportlicher Betätigung wirkt sich auch die – hier nicht abgefragte - mäßige Bewegung in der Alltagsbewältigung positiv auf die Gesundheit aus, z.B. fußläufig oder mit dem Rad bewältigte Strecken oder die Betätigung in Haus und Garten. Im Bereich körperlicher Aktivitäten lassen sich deutliche Differenzen nach dem Einkommen und dem Bildungsstand feststellen: Im Telefonischen Gesundheitssurvey 2003 waren 50,2 % der Befragten mit einem Armutsrisiko sportlich nicht aktiv gegenüber 36,7 % der „nicht-armen“ Befragten.⁵⁷

Abb. 3.4 Sportbeteiligung und (schulische und berufliche) Bildung 2006



Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Mit zunehmender allgemeiner schulischer Bildung verbesserte sich die Sportbeteiligung: 44 % der Befragten mit (Fach-) Abitur übten täglich oder mehrmals pro Woche einen Sport aus, aber nur 16,4 % der Befragten ohne Schul- und 26,9 % der Befragten mit Volks- und Hauptschulabschluss. 47,7 % der befragten AkademikerInnen waren sportlich aktiv gegenüber von nur 23,5 % der Befragten ohne beruflichen und 29,7 % der AbsolventInnen einer Lehre oder Berufsfachschule.

⁵⁷ vgl. .: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 145/46

Tab. 2.4 Sportbeteiligung bei Arbeitslosigkeit und Erwerbstätigkeit 2006		
Ausübung von Sport pro Woche	arbeitslos	erwerbstätig
täglich/ mehrmals	36,2	36,4
einmal	12,8	21,5
seltener als einmal/ nie	51,0	42,1

In der aktiven Sportbeteiligung unterschieden sich arbeitslose und erwerbstätige Befragte kaum: Etwa ein Drittel von ihnen übte täglich oder mehrmals wöchentlich einen Sport aus. Allerdings waren die arbeitslosen Befragten im Vergleich zu den erwerbstätigen wesentlich häufiger nur einmal pro Woche sportlich aktiv (12,8 % gegenüber 21,5 %), sowie nie oder seltener als einmal wöchentlich (51,0 % gegenüber 42,1 %).

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

3.5. Rauchen

„Tabakkonsum ist in den Industrieländern der für Gesundheitsschädigungen bedeutendste Einzelfaktor. In Deutschland sterben jedes Jahr zwischen 110.000 und 140.000 Menschen an den Folgen von Erkrankungen, die mit dem Rauchen in Zusammenhang stehen.“⁵⁸ Bei den Männern ist der Tabakkonsum seit Mitte der 1980er Jahre leicht rückläufig. Bei den Frauen hingegen nimmt er zu, sodass sich das Rauchverhalten zwischen den Geschlechtern angleicht.⁵⁹ Damit steigen auch für Frauen die durch das Rauchen bedingten Gesundheitsrisiken.

Es rauchten zum Zeitpunkt der Befragung 32,2 % der befragten Nürnberger Männer und 21,9 % der Frauen. Insgesamt betrug der RaucherInnenanteil an den Befragten 26,4 %.

Daten des Bundes-Gesundheitssurveys 1998 belegen, dass Rauchen in hohem Maße schichtspezifisch ausgeprägt ist: Unter Zugrundelegung des Schicht-Index aus dem Survey (gebildet aus Schulbildung, Äquivalenzeinkommen und beruflicher Stellung) rauchten 47 % der Männer der Unter-, 37 % der Mittel- und 30 % der Oberschicht. Bei den Frauen war der soziale Gradient ebenfalls – allerdings in weniger ausgeprägter Form – vorhanden. Der Schichtgradient trat bei Männern und Frauen vor allem im mittleren Lebensalter hervor. Bei den Männern war hier auch das „Aussteigeverhalten“ schichtspezifisch ausgeprägt.⁶⁰ Auch der telefonische Gesundheitssurvey 2003 zeigte deutliche Differenzen im Tabakkonsum nach dem Einkommen und der schulischen Bildung: 37,2 % der über 15 Jährigen mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 700 Euro rauchten gegenüber 27,2 % der Befragten mit einem höheren Einkommen. Von den im Telefonischen Gesundheitssurvey befragten 18-29jährigen Volks- und Hauptschülern rauchten 67,8 % im Unterschied zu 43,7 % der Gleichaltrigen mit Abitur.⁶¹

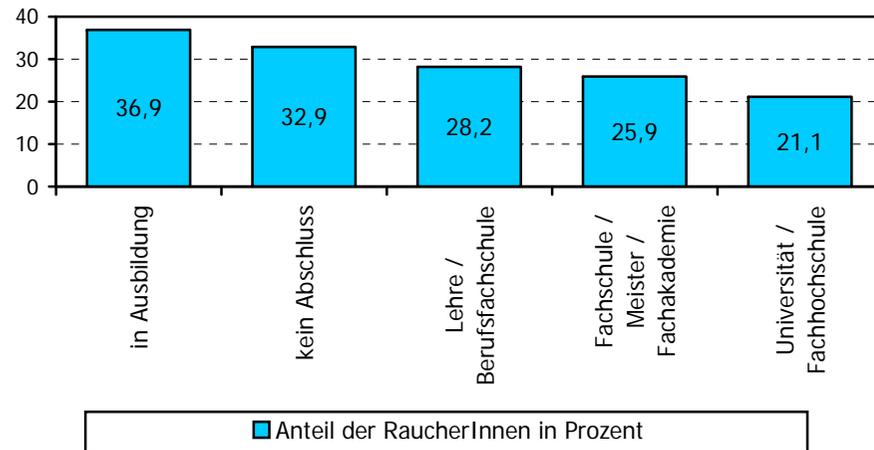
⁵⁸ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 107

⁵⁹ vgl. a.a.O. S. 145/146

⁶⁰ vgl. LAMPERT, T./ THAMM, M.: Soziale Ungleichheit des Rauchverhaltens in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz 11, 2004, S. 1033-1042, S.

237/238

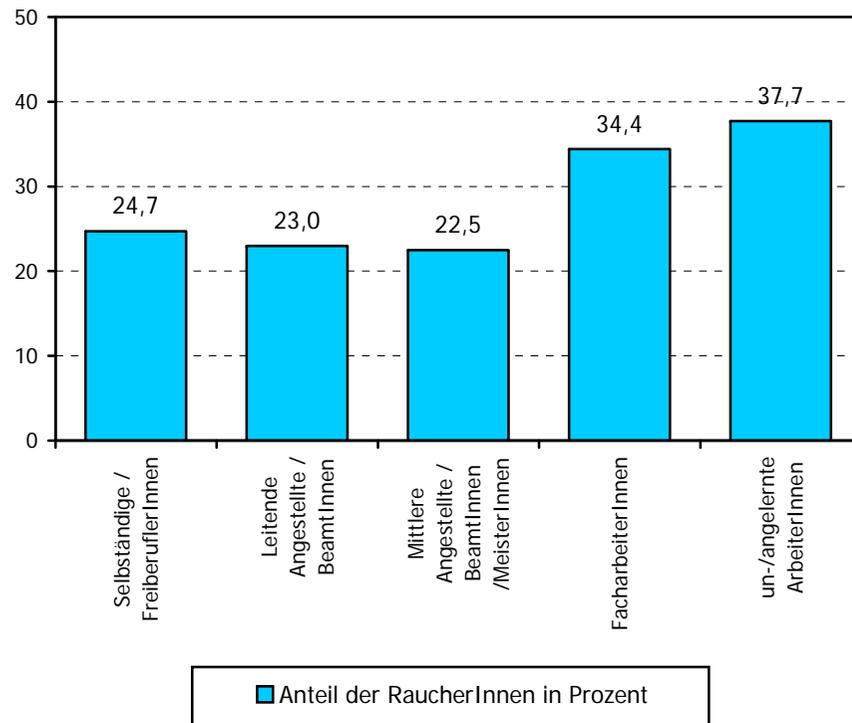
⁶¹ vgl. a.a.O.

Abb. 3.5.1 Rauchen und berufliche Bildung

Mit zunehmender beruflicher Qualifikation ging der Raucheranteil zurück: Rauchten von den Auszubildenden noch 36,9 % und von den Befragten ohne beruflichen Abschluss 32,9 %, waren unter den AbsolventInnen einer (Fach-) Hochschule nur noch 21,1 % RaucherInnen.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Abb. 3.5.2 Rauchen und Stellung im Beruf



Es rauchten 24,7 % der Selbständigen / FreiberuflerInnen sowie 23,0 % bzw. 22,5 % der Leitenden und Mittleren BeamtInnen / Angestellten / MeisterInnen.

In der Gruppe der ArbeiterInnen war der Tabakkonsum wesentlich weiter verbreitet als in den anderen beruflichen Positionen: Von den befragten FacharbeiterInnen rauchten 34,4 % und von den un-/ angelernten ArbeiterInnen 37,7 %.

Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen

Zusätzlich wirkt sich Arbeitslosigkeit auf das Rauchverhalten aus. 32,0 % der Erwerbstätigen gaben an, zu rauchen gegenüber von 47,9 % der Arbeitslosen. Damit entfielen auf 1 erwerbstätigen 1,5 arbeitslose RaucherInnen (Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen).

3.6. Subjektive Gesundheit Alleinerziehender

„Eltern, die ihre Kinder allein erziehen, sind zahlreichen Belastungen ausgesetzt, die aus der alleinigen Zuständigkeit für Kindererziehung, Haushaltsführung und den Lebensunterhalt erwachsen. ... Sie sind nicht nur finanziell schlechter ausgestattet als Paar-Familien, sie müssen auch zusätzlichen physischen und psychischen Anforderungen gerecht werden.“⁶² Die stärkere Belastung und Beanspruchung im Alltag wirkt sich auch auf die Gesundheit allein Erziehender aus: So schätzten 62,3 % der verheirateten Mütter ihren Gesundheitszustand als „sehr gut“ bzw. „gut“ ein, während dies bei den Alleinerziehenden nur 55,9 % waren. Waren Alleinerziehende voll erwerbstätig, bewerteten sie ihre Gesundheit zu 66,2 % als „sehr gut“ und „gut“. Waren sie teilzeitbeschäftigt, taten dies nur 55,8 %, waren sie nicht erwerbstätig nur 44,4 %. Im Mikrozensus 1999 gaben 45,8 % der allein erziehenden Mütter an, regelmäßig zu rauchen gegenüber 23,6% der verheirateten. Auf eine gesunde Ernährung achteten 48,1% der alleinerziehenden gegenüber 70,7% der verheirateten Mütter Nach den Ergebnissen des Bundesgesundheits surveys 1998 litten alleinerziehende Mütter häufiger unter Nieren- und Lebererkrankungen, chronischer Bronchitis und Migräne, sowie doppelt so oft unter psychischen Erkrankungen als verheiratete.⁶³

Tab. 3.6 Gesundheit Alleinerziehender 2006

	1 Erwachsener, mind. 1 Kind (alleinerziehend)	2 Erwachsene, mind. 1 Kind (Kleinfamilie)	
Zufriedenheit mit der Gesundheit			1,5 % der befragten Nürnberger Haushalte waren Haushalte Alleinerziehender. Knapp die Hälfte der Haushalte können als arm bezeichnet werden. ⁶⁴ Gegenüber den Mitgliedern einer Kleinfamilie beurteilten diese ihre Gesundheit seltener positiv (44,6 % gegenüber 70,0 %) und häufiger negativ (37,1 % gegenüber 8,5 %). Sie waren deutlich weniger oft frei oder arm an häufig auftretenden Beschwerden (2,0% gegenüber 18,0%) und hatten einen höheren RaucherInnenanteil (39,5 % gegenüber 33,3 %). Aufgrund der geringen Fallzahlen der Alleinerziehenden (32 Haushalte) sind diese Aussagen jedoch unter Vorbehalt zu sehen.
sehr gut/gut	44,6	70,0	
zufriedenstellend	18,2	21,6	
weniger gut/ schlecht/indifferent	37,1	8,5	
Gesamt	100,0	100,0	
Zahl der Beschwerden			
0-2	2,0	18,0	
3-8	62,4	63,2	
9-11	35,5	18,7	
Gesamt	100,0	100,0	
Rauchen			Quelle: Wohnungs- und Haushaltserhebung der Stadt Nürnberg 2006, eigene Berechnungen
ja	39,5	33,2	
nein	60,5	66,8	
Gesamt	100,0	100,0	

⁶² Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, Berlin, a.a.O. S. 85

⁶³ a.a.O. S.88

⁶⁴ 50% des Äquivalenzeinkommens, Stand 2001, Quelle: Stadt Nürnberg, Stadt Nürnberg, Referat für Jugend, Familie und Soziales (Hrsg.): Sozialbericht der Stadt Nürnberg 2004, Bd 1, S. 23

ZUSAMMENFASSUNG:

Eine Vielzahl empirischer Befunde weist nach, dass sozioökonomische Disparitäten in der Bevölkerung Disparitäten im Gesundheitszustand der selben nach sich ziehen können, die häufig auch graduell abgestuft erscheinen. Die Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006 weisen ebenfalls auf Gradienten hin: Diese umfassen die gesundheitliche Selbsteinschätzung, das Leiden an bestimmten Beschwerden, Aspekte des Lebensstils wie Rauchen, Übergewicht und sportliche Aktivität im Zusammenhang mit der schulischen und beruflichen Bildung, der Stellung im Beruf sowie dem finanziellen Rahmen der Haushalte.

- Mit zunehmender beruflicher Qualifikation und steigendem monatlichem Netto-Haushaltseinkommen steigerte sich auch das gesundheitliche Wohlbefinden der Befragten:

51,2 % der Männer und 33,3 % der Frauen ohne einen beruflichen Abschluss bewerteten ihre Gesundheit positiv gegenüber 71,2 % der Männer und 59,4 % der Frauen mit einem Universitäts- oder Fachhochschulabschluss. 37,2 % der Befragten mit einem Netto-Haushaltseinkommen zwischen 500 und 1.000 Euro äußerten eine positive gesundheitliche Selbsteinschätzung gegenüber 80,0 % der Befragten mit einem Einkommen von 4.000 Euro und mehr. Ein deutlicher gradueller Anstieg des gesundheitlichen Wohlbefindens mit zunehmender beruflicher Autonomie im Sinne nicht abhängiger Beschäftigung zeigte sich nur bei den Frauen: 66,2 % der selbständigen und freiberuflich tätigen Frauen beurteilten ihre Gesundheit positiv. Dieser Anteil reduzierte sich mit „sinkender“ beruflicher Position auf 41,2 % bei den an- und ungelernten Arbeiterinnen.

- Haushalte mit einem Netto-Einkommen von unter 1.000 Euro fühlten sich im Vergleich zu den Angehörigen von Haushalten mit mehr als 1.000 Euro Einkommen öfter durch alle abgefragten häufig auftretenden Beschwerden beeinträchtigt, vor allem durch Konzentrationsprobleme, Appetitlosigkeit, Nervosität und Antriebslosigkeit.

- Mit zunehmender schulischer und beruflicher Qualifikation verlor das Übergewicht an Bedeutung:

So waren insgesamt 39,6 % der männlichen und 38,0 % der weiblichen Volks- und Hauptschulabsolventen übergewichtig gegenüber 30,1 % bzw. 28,0 % der männlichen und weiblichen (Fach-) AbiturientInnen. Bei den Frauen war außerdem ein deutlicher gradueller Anstieg der Häufigkeit adipöser Personen über die Stellung im Beruf hinweg erkennbar: Selbständig / freiberuflich Tätige hatten mit 3 % den geringsten Anteil von Frauen mit krankhaften Übergewicht. Mit „abnehmender“ beruflicher Position nahm dieser Anteil zu auf 15,8 % bei den un- und angelernten Arbeiterinnen. In ähnlicher Weise stieg der Anteil adipöser Männer von nur 2,7 % bei den Leitenden Angestellten/ Beamten auf 10,2 % bei den an- und ungelernten Arbeitern.

- Die Sportbeteiligung verbesserte sich mit zunehmender allgemeiner schulischer und beruflicher Bildung:

44 % der Befragten mit (Fach-) Abitur übten täglich oder mehrmals pro Woche einen Sport aus, aber nur 16,4 % der Befragten ohne Schul- und 26,9 % der Befragten mit Volks- und Hauptschulabschluss. 47,7 % der befragten AkademikerInnen waren sportlich aktiv

gegenüber von nur 29,7 % der AbsolventInnen einer Lehre oder Berufsfachschule.

- In der Gruppe der ArbeiterInnen war der Tabakkonsum wesentlich weiter verbreitet als in anderen beruflichen Positionen:

Von den befragten FacharbeiterInnen rauchten 34,4 % und von den un-/ angelernten ArbeiterInnen 37,7 %. Am niedrigsten war der RaucherInnenanteil mit 24,7 % bei den Selbständigen/FreiberuflerInnen und mit 22,5 % bei den Leitenden und Mittleren BeamtInnen/Angestellten/MeisterInnen. Auch mit zunehmender beruflicher Qualifikation ging der Raucheranteil zurück (von 36,9 % bei den Auszubildenden auf 21,1 % bei den AbsolventInnen einer (Fach-/ Hochschule).

Da Arbeitslose und Alleinerziehende gesundheitlich als besonders belastet gelten, wurden ihre Befragungsergebnisse mit denen der Erwerbstätigen und in Kleinfamilien Lebenden verglichen:

- 32,0 % der Erwerbstätigen gaben an, zu rauchen gegenüber von 47,9 % der Arbeitslosen. Damit entfielen auf 1 erwerbstätigen 1,5 arbeitslose RaucherInnen. Im Vergleich zu den Erwerbstätigen litten arbeitslose Befragten relativ oft unter vielen (9-11) Beschwerden (1,6:1) und häufiger unter den einzelnen abgefragten Beschwerden, vor allem unter Nervosität und Antriebslosigkeit (3,4 bzw. 2,6 arbeitslose Befragte je 1 erwerbstätigen). Sie bewerteten ihre Gesundheit 2,8 mal häufiger negativ als erwerbstätige und nur halb so oft positiv. Die arbeitslosen Befragten waren häufiger übergewichtig (43,1 % gegenüber 36,2 %), aber auch häufiger untergewichtig (12,3 % gegenüber 9,9 %) als die erwerbstätigen und im Vergleich zu den erwerbstätigen häufiger sportlich eher wenig aktiv (einmal pro Sport: 21,5 % gegenüber 12,8 %, nie oder seltener als einmal wöchentlich Sport: 51,0 % gegenüber 42,1 %).
- Gegenüber den Mitgliedern einer Kleinfamilie beurteilten Alleinerziehende ihre Gesundheit seltener positiv (44,6 % gegenüber 70,0 %) und häufiger negativ (37,1 % gegenüber 8,5 %) und wiesen einen höheren RaucherInnenanteil auf (39,5 % gegenüber 33,3 %).

4. Die Schuleingangsuntersuchung

Kinder und Jugendliche sind – korrespondierend mit der finanziellen Situation des Elternhauses – in zunehmendem Maße von Armut betroffen. Obwohl sie meist (noch) gesund sind, sind sie doch psychisch und physisch sehr verletzlich. Daher kommt der Förderung eines gesunden Aufwachsens eine besondere Bedeutung zu. Die Daten zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen sind in der Bundesrepublik äußerst lückenhaft. Die Schuleingangsuntersuchung (SEU) ist die einzige flächendeckende Informationsquelle hierzu. So wies die Brandenburger Einschulungsuntersuchung 2002 nach, dass Beeinträchtigungen wie Sehstörungen, Sprachauffälligkeiten, psychomotorische Defizite, Adipositas, emotionale, soziale und geistige Entwicklungsstörungen bei Kindern aus sozial schwächeren Familien häufiger einen medizinischen Handlungsbedarf herbeiführen, als bei Kindern aus besser gestellten Familien.⁶⁵

Die Schuleingangsuntersuchung ist eine Aufgabe des Gesundheitsamtes. Die Untersuchung wird heute als ein Screening durchgeführt von dafür ausgebildeten Assistentinnen. Die Untersuchung durch die ÄrztInnen des kinder- und jugendärztlichen Gesundheitsdienstes beschränkt sich auf Kinder mit Auffälligkeiten, fehlender U9 (letzte Vorsorgeuntersuchung vor der Einschulung) oder erfolgt auf Wunsch der Eltern. Die vorrangige Aufgabe der SEU ist die Beurteilung der Schulfähigkeit eines Kindes. Die Teilnahme daran ist verpflichtend. Es werden Daten erfasst über die Teilnahme der Kinder an präventiven Maßnahmen (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen), die Parameter zur Berechnung des BMI, verschiedene Befunde und schulärztliche Empfehlungen.

Die Einschulungsuntersuchung ist die einzige Erhebung, durch die der Gesundheitszustand eines ganzen Jahrgangs erfasst wird. Pro Jahr werden in Nürnberg etwa 4.000 Kinder untersucht. Die Auswertung der Schuleingangsuntersuchungen 1999-2003 beinhaltete eine zusammenfassende Bewertung der Grundschulsprenkel nach den Ergebnisreihen der soziodemographischen Eckdaten, Impfraten, auffälligen Befunden und Übergewicht. Demnach ergab sich erwartungsgemäß, dass die am „schlechtesten“ ausgefallenen Bewertungen der Ergebnisse der Schuleingangsuntersuchungen sich in den Schulsprenkeln häufen, deren Armutspotential als überdurchschnittlich oder stark überdurchschnittlich bezeichnet werden kann. Es handelt sich in der Regel um innenstadtnahe Gebiete, mit verdichteter Bebauung, kinderreichen und jungen Familien und einem hohen Ausländeranteil.

Umgekehrt gehörten die Schulsprenkel mit den besten Gesamtbewertungen ausschließlich zu den „günstig“ strukturierten Sozialraumtypen mit keinem oder nur einem geringen Armutspotential. Dort herrscht eine lockere Bebauung vor mit Ein- und Zweifamilienhäusern in Stadtrandlage und ein nur geringer Ausländeranteil.

Für die Schuljahre 2004/05-2008/09 wurde ein ähnliche Auswertung vorgenommen, deren Ergebnisse demnächst in einem gesonderten Bericht erscheinen werden.

⁶⁵ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 97-99

5. Lebenserwartung und Sterblichkeit

5.1. Durchschnittliche Lebenserwartung

Die Lebenserwartung (LE) wird aus den Daten für die allgemeine Sterblichkeit abgeleitet. Die „**mittlere**“ oder auch **durchschnittliche LE** wird interpretiert als die Anzahl der Jahre, die ein zu einem bestimmten Zeitpunkt Neugeborenes im Durchschnitt erreicht. Da die Berechnung auf der Altersstruktur der bereits Verstorbenen beruht, bleiben nachfolgende Einflüsse auf die Sterblichkeit, z.B. von Epidemien oder von Veränderungen der medizinischen Versorgungslage unberücksichtigt. Weiterhin sagt die durchschnittliche LE nichts über den Gesundheitszustand in den zu erwartenden Lebensjahren aus.

Wie in allen Industrienationen ist die durchschnittliche LE auch in der BRD während des 20. Jahrhunderts gestiegen: Berechnet für die Periode 1901/1910 hatten männliche Neugeborene im Deutschen Reich noch 44,8 und weibliche Neugeborene 48,3 Jahre vor sich. Besonders die Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung ließen die LE ansteigen, allerdings nicht in allen Regionen und Bevölkerungsgruppen gleichmäßig. Viele Fakten werden als Gründe für diese Unterschiede diskutiert. Verschiedene Studien verweisen auf einen Zusammenhang zwischen der Entwicklung der LE und der wirtschaftlichen und sozialen Lage einer Region.⁶⁶ Die kleinräumigen Unterschiede in der LE im mittelfränkischen Verdichtungsraum sind schwer zu interpretieren. Hierzu wird man auch kleinräumige Unterschiede in der Sozial- und Wirtschaftsstruktur mit heranziehen müssen.

Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Studien aus dem (europäischen) Ausland weisen nach, dass Menschen aus sozial benachteiligten Schichten eine unterdurchschnittlich hohe LE haben. Aus der Bundesrepublik liegen leider nur wenige Studien vor, da die amtlichen Todesbescheinigungen keine Angaben über den Sozialstatus der Verstorbenen enthalten.⁶⁷

Dennoch ergab sich aus den Daten des Sozio-ökonomischen Panels für den Zeitraum von 1984-93, dass Männer ohne Abitur eine um 3,3 Jahre kürzere LE aufwiesen als Männer mit Abitur.⁶⁸

Darüber hinaus weist eine Studie aus Stuttgart auf die Wirksamkeit des sozialen Gradienten hin im Zusammenhang hierarchisch angeordneter Berufsgruppen und der Zahl der Todesfälle je 100.000 Männern im Alter zwischen 30 und 69 Jahren. Demnach wird die Gesamtmortalität stufenweise von der untersten Berufskategorie (einfache Beamte und Angestellte, un- und angelernte Arbeiter bis zur oberen Berufsgruppe (Höhere und Leitende Beamte und Angestellte, freie Akademiker) stufenweise mit zunehmendem beruflichen Status geringer: Starben in der unteren Kategorie 1167,5 Personen je 100.000 Einwohner, waren es in der höchsten nur noch 503,7, d.h. weniger als halb so viel. Der Gradient zeigte sich auch in der Sterblichkeit an den Todesursachen Herzinfarkt und Krebs.⁶⁹ Darüber hinaus konnte in England und Wales nachgewiesen werden, daß nicht nur die Mortalität bei Männern und Frauen mit unterem beruflichem Status höher ist, sondern diese auch in einem jüngeren Alter sterben. So betrug die Zahl der durch einen vorzeitigen (im Alter zwischen 15 und 64 Jahren) Tod „verlorenen“ Lebensjahre bei Männern der untersten Statusgruppe der an- und ungelernten Arbeiter und ähnlicher Berufe 103, der der obersten Gruppe (Selbständige Akademiker, etc.) 37, d.h. es bestand eine Relation von 2,8 : 1. Bei den Frauen betrug diese Relation 2,2:1.⁷⁰

⁶⁶ vgl. **MIELCK, A.**: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000, S. 362-366

⁶⁷ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 15

⁶⁸ vgl. **MIELCK, A.**: a.a.O. S. 70/71

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL) hat die Sterblichkeit der bayerischen Bevölkerung auf regionaler Ebene untersucht. Hierzu wurden auch Berechnungen des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung benutzt, die die Sterbedaten aus den Jahren 1999 und 2000 zusammengefasst und auf der Ebene 18 Planungsregionen Bayerns dargestellt haben. Es zeigten sich erhebliche regionale Unterschiede in der Lebenserwartung. Dabei wurde ein – bereits aus früheren Untersuchungen bekanntes - Nordost-Südwest-Gefälle innerhalb Bayerns bestätigt, das bei den Männern deutlicher ausgeprägt war als bei den Frauen: Männer in der Planungsregion München hatten eine um 2,4 Jahre höhere Lebenserwartung als Männer in der Planungsregion Oberpfalz-Nord, bei den Frauen betrug dieser Unterschied nur 1,5 Jahre. Betrachtet man die LE kleinräumiger auf der Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte, erhöhten sich die Unterschiede sogar von 5,7 Jahren bei den Männern und auf 4,5 Jahre bei den Frauen zwischen den Landkreisen mit der höchsten und der niedrigsten Sterblichkeit.⁷¹ „Das Muster der geografischen Verteilung der Sterblichkeit korreliert dabei mit der wirtschaftlichen und sozialen Lage der Regionen.“⁷² In Nordostbayern spielt hier sicher die räumliche Benachteiligung durch dessen langfristige Grenzlandlage eine Rolle, wobei das deutlichere regionale Gefälle in der Sterblichkeit der Männer nicht unabhängig von der regionalen sozioökonomischen Situation ist, und als Folge der stärkeren Abhängigkeit der Männer von dieser gesehen werden kann.⁷³

Auch in anderen Bundesländern haben regionale Studien zur Sterblichkeit, sogar kleinräumige Ergebnisse auf kommunaler Ebene (z.B. in München) vor allem sozioökonomische Indikatoren als erklärende Variable der regionalen Sterblichkeitsunterschiede identifiziert.⁷⁴ „Im Allgemeinen gilt: Regionen mit höherer Sterblichkeit weisen ungünstigere sozioökonomische Rahmenbedingungen auf als solche mit niedriger Sterblichkeit. Dementsprechend hängt die Verringerung der regionalen Sterblichkeitsunterschiede auch von übergreifenden strukturellen Entwicklungsmöglichkeiten ab und nicht nur von spezifisch gesundheitspolitischen Interventionen.“⁷⁵

⁶⁹ vgl. ders. a.a.O. S. 72/73

⁷⁰ vgl. ders. a.a.O. S. 150/51

⁷¹ vgl.: Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern, 2004, S. 20

⁷² a.a.O. S. 15

⁷³ vgl. a.a.O. S. 19

⁷⁴ vgl. a.a.O., S. 21

⁷⁵ a.a.O. S. 11

Tab. 5.1 Durchschnittliche Lebenserwartung 2003-2005 (Jahre) im Regionalvergleich

	2003-2005		Abweichungen vom bayer. Durchschnitt (Jahre)		Differenz männlich/weiblich
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	
Nürnberg	75,8	81,2	-0,9	-0,8	5,4
Erlangen	78,0	82,2	1,3	-0,2	4,2
Fürth	74,6	80,3	-2,1	-1,7	5,7
München	77,3	82,5	-0,5	0,6	5,2
Bayern	76,7	82,0	0	0	5,3

Quelle: www. lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 29.4.2010, Indikator 03.10

Berechnet aus dem Mittel 2003-2005 hatten neugeborene Jungen in Nürnberg durchschnittlich 75,8 und Mädchen 81,2 Lebensjahre vor sich. Die LE für neugeborene Jungen war um 0,9 Jahre und die für neugeborene Mädchen um 0,8 Jahre geringer als in Gesamtbayern. Bereits 2002 lag die LE der Jungen um 1,1 und die der Mädchen um 0,6 Jahre unter den bayerischen Werten.⁷⁶ Die LE ist innerhalb des Verdichtungsraumes sehr unterschiedlich ausgeprägt: In Fürth geborene Jungen leben 2,1 Jahre kürzer und Mädchen 1,7 Jahre kürzer als in Bayern, in Erlangen geborene Jungen 1,3 Jahre länger als in Bayern, Mädchen hingegen 0,2 Jahre kürzer.

Im Allgemeinen ist die LE der Mädchen 4-6 Jahre höher als die der Jungen; so betrug auch der Unterschied in Nürnberg 5,4 Jahre.⁷⁷

⁷⁶ Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt (Hrsg.): Basisbericht zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung, Januar 2006, S. 5

⁷⁷ Die höhere LE der Frauen ist heute in fast allen Regionen der Erde und in Europa seit etwa 300 Jahren zu beobachten. Als Gründe hierfür werden vor allem diskutiert geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen und Körpersozialisation, eine unterschiedliche Wahrnehmung der Geschlechter im medizinischen Versorgungssystem („geschlechterstereotype Brille“) (Quelle: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, S. 18/19 und ders. (Hrsg.): Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter, Berlin, 2005, S. 80-83)

Eine Studie, die die geschlechtsspezifische LE bei Ordensleuten und der Normalbevölkerung verglichen hat, weist ebenfalls darauf hin, dass die LE der Männer aus der Allgemeinbevölkerung aufgrund ihrer Lebensumstände und Verhaltensweisen wesentlich langsamer angestiegen sei als die der Frauen, während sich die LE der Nonnen und Mönche im Laufe der Zeit mit einem konstanten Plus von nur 2 Lebensjahren bei den Nonnen steigerte. (Quelle: Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Die regionalen Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern, a.a.O. S. 9 und Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, a.a.O.: S. 9/10 und S.18/19)

5.2. Die „fernere“ Lebenserwartung im Bundesgebiet

Tab. 5.2 Lebenserwartung im Alter x im Bundesgebiet (Jahre)

Sterbetafel		1949/51	2005/07	Differenz Männer/Frauen 2004/06
Alter 0	Männer	64,6	76,9	5,4
	Frauen	68,4	82,3	
Alter 20	Männer	50,3	57,5	5,2
	Frauen	53,2	62,7	
Alter 40	Männer	32,3	38,2	4,9
	Frauen	34,7	43,1	
Alter 60	Männer	16,2	20,8	3,8
	Frauen	17,4	24,6	
Alter 65	Männer	12,8	16,9	3,4
	Frauen	13,7	20,3	
Alter 80	Männer	5,2	7,6	1,3
	Frauen	5,6	8,9	

Quelle: www.igl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 10.6.2009, Indikator 3.09 A
Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de am 26.2.2009, eigene Berechnungen

Die „fernere“ Lebenserwartung (LE) im Alter x bemisst die LE unter der Voraussetzung, dass das Alter x schon erreicht wurde. Eine solche Berechnung gibt es für Nürnberg nicht. Einen Anhaltspunkt bietet jedoch die Berechnung für das gesamte Bundesgebiet.

Den Frauen verblieben in jedem Alter mehr Jahre als den Männern. Natürlicherweise wurde mit zunehmendem Alter dieses „Plus“ an Jahren kleiner. Zwischen 1949/51 und 2004/06 ist die Lebenserwartung in jedem Alter und für beide Geschlechter gestiegen, insgesamt um 12,3 Jahre für Männer und um 13,9 Jahre für Frauen.

Auch konnte der Gesundheitszustand in der gewonnenen Lebensspanne verbessert werden, sodass die ältere Bevölkerung zunehmend bis ins Alter frei von schweren Erkrankungen und Behinderungen bleiben kann.⁷⁸ Allerdings klafft zwischen der LE und den gesunden Jahren, die erwartet werden können, in der BRD eine weit größere Lücke als in vielen europäischen Mitgliedsstaaten: 50jährige Männer haben etwa 14, Frauen 15 gesunde Jahre vor sich (zum Vergleich: In Dänemark können 50-Jährige mit durchschnittlich 20 gesunden Jahren rechnen). Als soziale Einflussfaktoren konnte Langzeitarbeitslosigkeit bei den Männern ab 55 Jahren und ein erhöhtes Armutsrisiko identifiziert werden. Umgekehrt scheinen „lebenslanges Lernen“ sowie Ausgaben für die Betreuung älterer Menschen die Lebenserwartung in Gesundheit zu erhöhen.⁷⁹

Kommentar: Die Verlängerung der Lebensdauer während des 20. Jahrhunderts war zwischen 1901/10 und 1932/34 bedingt durch eine Abnahme der Säuglingssterblichkeit. Auch konnten Infektionskrankheiten als Todesursache zurückgedrängt werden. Im letzten Drittel des 20. Jahrhunderts allerdings profitierten eher die über 60 Jährigen am Zugewinn an Lebenszeit: Hier waren es positive Lebensumstände – der allgemeine und medizinische Fortschritt – wie auch eine angewachsene Sensibilität der Bevölkerung gegenüber gesundheitlichen Belangen, die an der Steigerung der LE beteiligt waren.

⁷⁸ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozeß in Deutschland, a.a.O. S. 6

⁷⁹ JAGGER, C. et.al.: Inequalities in healthy life years in the 25 countries of the European Union in 2005: a cross national meta-regression analysis, The Lancet, Bd. 372, Nr. 9656, S. 2124-31

5.3. Sterblichkeit

„Die allgemeine Sterblichkeit gilt als einer der umfassendsten Indikatoren für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen. In ihr kommt die Summe aller Einflüsse zum Tragen, die das Leben verlängern oder verkürzen können.“⁸⁰ Wie bereits erwähnt, verweisen wissenschaftliche Studien immer wieder auf den Einfluss, den die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und die soziale Schicht auf die Höhe der Sterblichkeit haben können.⁸¹

Die im Folgenden verwendeten Daten entstammen der amtlichen Einwohner- und der Todesursachenstatistik.

Will man die Sterblichkeit einer Bevölkerung zeitlich oder räumlich vergleichen, muss man den Einfluss ihrer Altersstruktur, die sich im Lauf der Zeit ändert, und ihre Zusammensetzung nach dem Geschlecht rechnerisch eliminieren. Dies geschieht durch die Berechnung standardisierter Sterberaten.⁸²

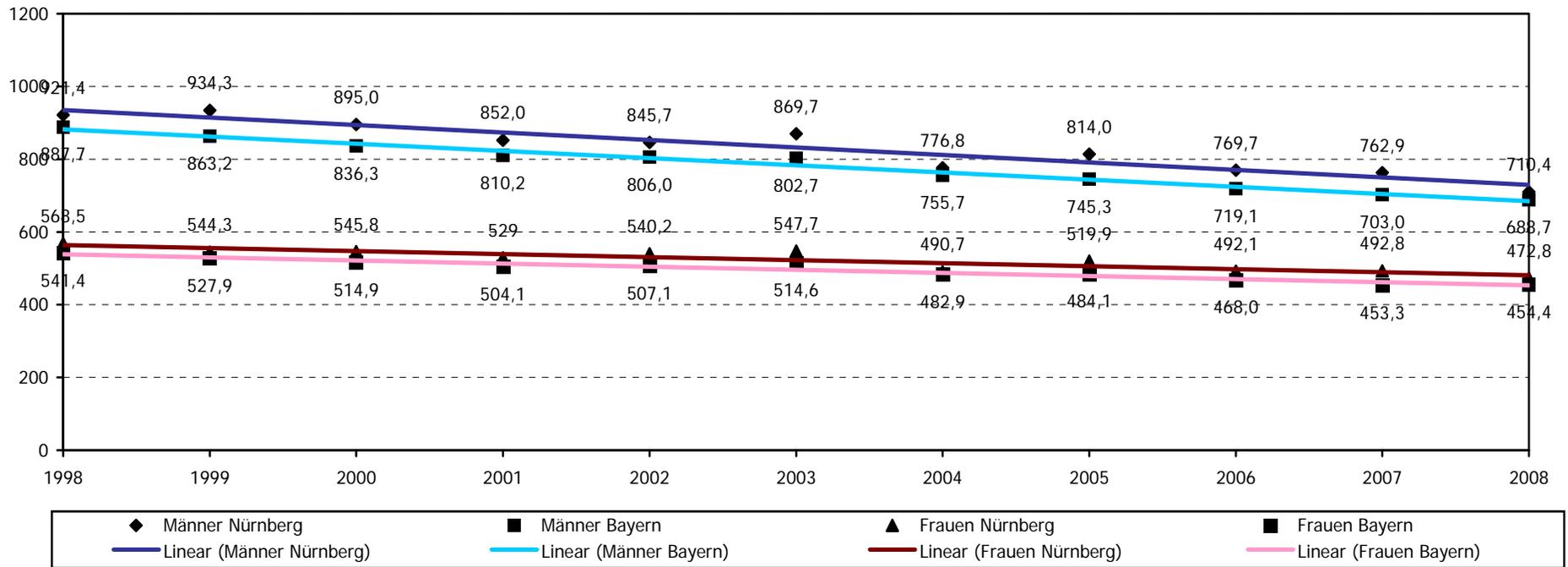
⁸⁰ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Stadt-Diagnose – Gesundheitsbericht Hamburg 1992, S. 77

⁸¹ vgl. **MIELCK, A.:** Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000, S. 362-366

⁸² Es werden die Sterbeziffern (Anzahl der Todesfälle je 100.000 Nürnberger Einwohner) gewichtet mit den entsprechenden Anteilen einer Vergleichsbevölkerung (Standardbevölkerung). Als Standard diente hier die „alte europäische Standardbevölkerung“ der WHO (direkte Standardisierung).

5.3.1. Sterbefälle je 100.000 Einwohner

Abb. 5.3.1 Sterbefälle in Nürnberg je 100.000 Einwohner 2000-2008 - standardisierte Sterberate



Quelle: Bayer. Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Altersstruktur der Bevölkerung Bayerns, Todesursachenstatistik, zur Verfügung gestellt durch das Amt für Statistik und Stadtforschung der Stadt Nürnberg, eigene Berechnungen

Zwischen 1998 und 2008 ist die Sterblichkeit der Nürnberger Bevölkerung zurückgegangen von 921,4 auf 710,4 Todesfälle je 100.000 Männer und von 568,5 auf 472,8 je 100.000 Frauen. Damit lag die Sterberate für Männer um 211,0 und die der Frauen um 95,7 je 100.000 Einwohner unter der des Jahres 1998. Der Rückgang der Sterblichkeit ist in entwickelten Industriegesellschaften ein säkularer Trend. So war auch in Bayern ein Rückgang der Sterblichkeit festzustellen. Dabei war die Sterblichkeit der Nürnberger Männer und Frauen stets höher als die in Bayern. Die Sterberaten der Männer waren stets deutlich höher als die der Frauen. Hier zeigt sich die sog. „Übersterblichkeit“ der Männer als eine Folge ihrer niedrigeren LE.

Kommentar: Die im Vergleich zu Bayern höhere Sterblichkeit in Nürnberg besteht bereits längerfristig.⁸³ Da der Einfluss der Altersstruktur auf die Sterberaten bereits eliminiert ist, kommen bei der Suche nach den Gründen auch strukturelle Bedingungen und die Versorgungslage in Betracht. So wies das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit für Bayern ein Nordost-Südwest-Gefälle der Sterblichkeit nach, das mit geographischen Unterschieden in der wirtschaftlichen und sozialen Situation der Bevölkerung korrespondiert.⁸⁴

5.3.2. Sterblichkeit im regionalen Vergleich

Tab. 5.3.2 Sterbeziffer standardisiert 2008 im regionalen Vergleich

	Anzahl		je 100.000 Einwohner		SMR*	
	m	w	m	w	m	w
Nürnberg	2.420	2.924	995,7	1.123,1	1,02	1,01
Erlangen	507	496	988,4	926,7	1,03	0,87
Fürth	559	646	1.013,1	1.096,3	1,17	1,12
München	4.950	5.629	775,7	826,5	0,94	0,88
Bayern	56.661	64.448	927,7	1.033,4	1,00	1,00

* Mortalitätsrate standardisiert an der Mortalitätsrate des Landes; **Bayern=1,00**

Quelle: : www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 29.4.2010, Indikator (L) 3.07

Das Bayerische Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit hat für die Kommunen Bayerns indirekt standardisierte Sterbeziffern berechnet, als deren Maßstab die Sterbeziffer des Landes Bayern (=1) dient.

Im Jahr 2008 starben in Nürnberg 995,7 Männer und 1.123,1 Frauen je 100.000 männliche bzw. weibliche Einwohner (nicht altersstandardisiert). Im Vergleich zu Bayern war die Sterblichkeit der Nürnberger Männer um 2 %, die der Frauen um 1 % höher. Die Sterblichkeit in Fürth hingegen war um 17 % bei den Männern und um 12 % bei den Frauen höher als in Bayern, während Erlangen bei der Sterblichkeit der Männer um 3 % über der Bayerns, bei den Frauen jedoch 13 % darunter lag. Im Unterschied zu den fränkischen Städten war die Sterblichkeit der MünchnerInnen niedriger als in Bayern. Da die Altersstruktur der Bevölkerung hier nicht bereinigt ist, spiegelt die Sterblichkeit auch deren Einfluss wieder.

⁸³ vgl. Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt (Hrsg.): Basisbericht zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung, a.a.O. S. 13

⁸⁴ vgl. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede in der Sterblichkeit in Bayern, a.a.O. S. 15

Kommentar: Bei dieser indirekten Standardisierung (SMR = Standardized-Mortality-Ratio) wurden die Sterbefälle einer Kommune in Beziehung gesetzt zur Zahl der Sterbefälle einer Vergleichsbevölkerung - hier Bayerns. Prämisse ist ein gleicher Altersaufbau der Städte und Bayerns. Die SMR Bayerns wird gleich 1 gesetzt und dient als Maßstab für die Bewertung der regionalen Sterblichkeit. Abweichungen werden in Prozent ausgedrückt. Es ist nur ein Vergleich mit der Bezugsgröße möglich, nicht zwischen den Regionen.⁸⁵

5.3.3. Säuglingssterblichkeit

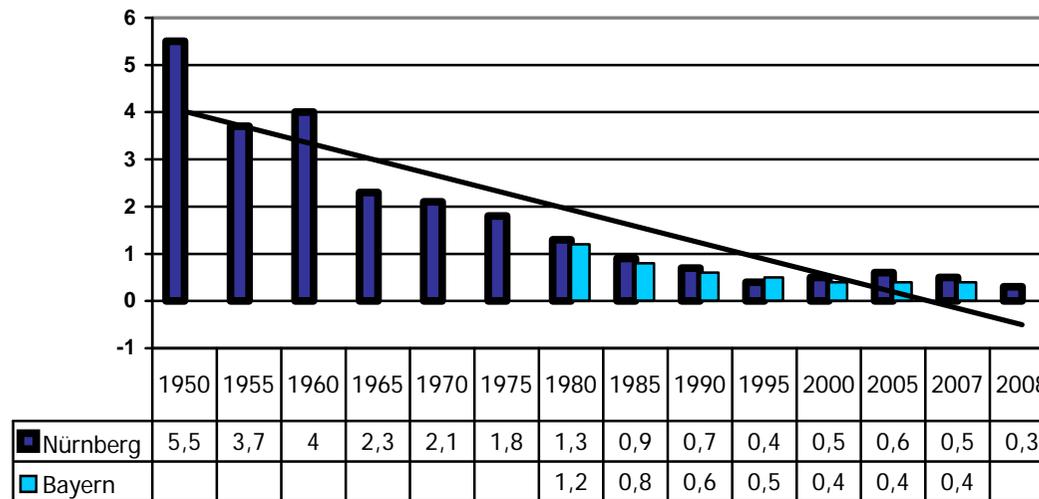
Die Säuglingssterblichkeit bezeichnet den Tod eines Kindes vor der Vollendung seines ersten Lebensjahres. Sie gilt als wesentlicher Indikator zur Beurteilung der gesundheitlichen Situation der Bevölkerung, ist Ausdruck von Stand und Zugang zu gesundheitlicher und vor allem geburtshilflicher Versorgung und hängt eng mit der sozialen Schicht und gesundheitsriskantem Verhalten der Mutter zusammen.⁸⁶ „Trotz des Wohlstands und der allgemein zugänglichen, leistungsfähigen medizinischen Versorgung findet man aber Hinweise auf Ungleichheiten innerhalb der Gesellschaft. So liegt die Säuglingssterblichkeit in Nordrhein-Westfalen (NRW) 2004 bei 5,0/1 000, in Baden-Württemberg und Bayern bei 3,4/1 000. Innerhalb von NRW reicht die Spannweite von 3,3/1 000 im Rhein-Sieg-Kreis bis 8,7/1 000 in Gelsenkirchen. Säuglinge mit ausländischer Staatsangehörigkeit hatten 2004 in NRW eine Sterblichkeit von 11,1/1 000, deutsche dagegen von 4,6/1 000.“⁸⁷

⁸⁵ www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 16.6.2009, Kommentar zu Indikator (L) 3.07

⁸⁶ vgl. Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hrsg.): Ungleiche Gesundheit in Berlin, Berlin 2000, S. 36

⁸⁷ **Razum. O./ Breckenkamp, J.:** Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein Internationaler Vergleich in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, H.43, 2007, S. 2950-2956, S. 2953

Abb. 5.3.3 Entwicklung der Säuglingssterblichkeit (im ersten Lebensjahr Verstorbene je 100 Lebendgeborene) zwischen 1950 und 2008 in Nürnberg*



Quelle: Statistische Jahrbücher der Stadt Nürnberg 1989, 1994, 1999, 2001, 2008 und 2009

Im Deutschland des 19. Jahrhunderts war das Ausmaß der Säuglingssterblichkeit ähnlich wie heute in den armen Ländern der Dritten Welt. Damals war Durchfall eine häufige Todesursache. Säuglinge, die nicht oder nur zu kurz gestillt wurden, etwa, weil ihre Mütter unterernährt waren, die in armen Wohnvierteln geboren wurden, waren besonders häufig betroffen. Zum Rückgang der Säuglingssterblichkeit trugen wachsender Wohlstand, vor allem konsequentes Stillen sowie beratende, soziale und hygienische Maßnahmen und zunehmend auch die Kinderheilkunde bei sowie die breite Verfügbarkeit von Impfungen und Antibiotika.⁸⁸

Nach dem Ende des 2. Weltkriegs ging die Säuglingssterblichkeit in Nürnberg – wie auch im übrigen Bundesgebiet sehr deutlich und kontinuierlich zurück bis 1995: Starben im Jahr 1950 in Nürnberg noch 5,5 Säuglinge je 100 Lebendgeborene, waren es im Jahr 1995 nur noch 0,4 (19 Kinder). Nach einem kurzzeitigen Anstieg in den ersten Jahren des 21. Jahrhunderts, ist sie 2008 wieder auf 0,3 Säuglinge je 100 Lebendgeborene gesunken (12 Kinder). In den letzten Jahren war die Säuglingssterblichkeit in Nürnberg etwas höher als der Landesdurchschnitt.⁸⁹

Kommentar: Die Fallzahlen der Säuglingssterblichkeit sind auf kommunaler Ebene meist sehr klein. Daher können relativ geringe Veränderungen im Sterbe geschehen auffallende Schwankungen in der Statistik erzeugen. Aussagekräftiger sind die Daten auf Bundesebene: Hier betrug die Säuglingssterblichkeit zwischen 2006 und 2007 von 3,8 auf 3,9 Sterbefälle je 1.000 Lebendgeborene, und hat sich 2008 jedoch wieder auf 3,5 reduziert. Als problematisch für die reproduktive Gesundheit gelten eine späte Schwangerschaft (24 % der Mütter sind mindestens 35 J. alt), Rauchen während der Schwangerschaft (28,6 % der schwangeren RaucherInnen haben das Rauchen eingestellt), Adipositas (ca. 11 %), spätes Wahrnehmen der Vorsorguntersuchungen (8,8 % nach der 13. Woche). Auch Nicht-Verheiratet- oder ausländischer Staatsbürgerschaft-Sein sein. Der generelle Rückgang der Säuglingssterblichkeit hat auch die vorhandenen Tendenzen der vermehrten Sterblichkeit von Jungen gegenüber Mädchen und von nicht-deutschen gegenüber deutschen Säuglingen verringert.⁹⁰

⁸⁸ vgl. a.a.O. S. 2951 und 2953

⁸⁹ Für 2008 lagen noch keine bayerischen Zahlen vor.

⁹⁰ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O., S. 75

ZUSAMMENFASSUNG:

Eine steigende LE und ein Rückgang der Sterblichkeit kann man als „zwei Seiten derselben Medaille“ – der Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung interpretieren. Diese vollzog sich als säkularer Trend im 20. Jahrhundert in allen Industrienationen und kann in erster Linie der Verbesserung der Lebensbedingungen und der medizinischen Versorgung der Bevölkerung zugeschrieben werden. Auch konnte der Gesundheitszustand in der gewonnenen Lebensspanne verbessert werden. Dennoch klafft zwischen der LE und den gesunden Jahren, die erwartet werden können, in der BRD eine weit größere Lücke als in vielen europäischen Mitgliedsstaaten: 50 jährige Männer haben etwa 14, Frauen 15 gesunde Jahre vor sich (zum Vergleich: In Dänemark können 50-Jährige mit durchschnittlich 20 gesunden Jahren rechnen).

Von der Verbesserung des Gesundheitszustandes konnten auch nicht alle Regionen und Bevölkerungsgruppen gleichmäßig profitieren. Hierfür werden wissenschaftlich und politisch viele Gründe diskutiert. Aufgrund einer Vielzahl von wissenschaftlichen Studien verdichtet sich der Konsens darüber, dass Menschen aus benachteiligten Schichten und/ oder Regionen eine unterdurchschnittliche LE bzw. eine erhöhte Sterblichkeit aufweisen. Obwohl aus der Bundesrepublik aus Gründen der Beschaffenheit der vorhandenen Daten nur wenige Studien zu diesem Thema vorliegen, werden in verschiedenen Bundesländern soziale und regionale Unterschiede in Sterblichkeit und LE der Bevölkerung belegt und vor allem sozioökonomische Indikatoren als erklärende Variable identifiziert. Die Verringerung der Unterschiede in der Sterblichkeit bzw. LE gewinnt somit eine über die konkrete gesundheitspolitische oder präventive Intervention hinausgehende übergreifende – strukturelle - Dimension.

Berechnet aus dem Mittel 2003-2005 hatten neugeborene Jungen in Nürnberg durchschnittlich 75,8 und Mädchen 81,2 Lebensjahre vor sich. Die LE für neugeborene Jungen war um 0,9 Jahre und die für neugeborene Mädchen um 0,8 Jahre geringer als in Gesamtbayern. Erwartungsgemäß war - wie in den meisten Ländern der Erde - die LE für Jungen niedriger als für Mädchen. In Nürnberg betrug der Unterschied 5,4 Jahre.⁹¹ Als Gründe für die kleinräumigen Unterschiede der LE innerhalb der größeren Städte des mittelfränkischen Verdichtungsraums sollten Unterschiede in der sozioökonomischen Struktur der Städte in Betracht gezogen, aber auf dieser räumlichen Ebene nur mit Vorsicht interpretiert werden.

Zwischen 1998 und 2008 ist die Sterblichkeit der Nürnberger Bevölkerung zurückgegangen von 921,4 auf 710,4 Todesfälle je 100.000 Männer und von 568,5 auf 472,8 je 100.000 Frauen. Die Entwicklung der Sterblichkeit in Nürnberg folgte dem allgemein rückläufigen Trend, war jedoch im Zeitraum 1998-2008 bei Männern und Frauen stets höher als in Bayern.

⁹¹ Die höhere LE der Frauen ist heute in fast allen Regionen der Erde und in Europa seit etwa 300 Jahren zu beobachten. Als Gründe hierfür werden vor allem diskutiert geschlechtsspezifische Arbeits- und Lebensbedingungen und Körpersozialisation, eine unterschiedliche Wahrnehmung der Geschlechter im medizinischen Versorgungssystem („geschlechterstereotype Brille“) (Quelle: Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, S. 18/19 und ders. (Hrsg.): Gesundheit von Männern und Frauen im mittleren Lebensalter, Berlin, 2005, S. 80-83) Eine Studie, die die geschlechtsspezifische LE bei Ordensleuten und der Normalbevölkerung verglichen hat, weist ebenfalls darauf hin, dass die LE der Männer aus der Allgemeinbevölkerung aufgrund ihrer Lebensumstände und Verhaltensweisen wesentlich langsamer angestiegen sei als die der Frauen, während sich die LE der Nonnen und Mönche im Laufe der Zeit mit einem konstanten Plus von nur 2 Lebensjahren bei den Nonnen steigerte. (Quelle: Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit: Die regionalen Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern, a.a.O. S. 9 und Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozess in Deutschland, a.a.O. S. 9/10 und S.18/19)

Im Deutschland des 19. Jahrhunderts war das Ausmaß der Säuglingssterblichkeit mit dem in den armen Ländern der Dritten Welt vergleichbar. Wachsender Wohlstand, vor allem konsequentes Stillen sowie beratende, soziale und hygienische Maßnahmen und zunehmend auch die Kinderheilkunde bei sowie die breite Verfügbarkeit von Impfungen und Antibiotika führten bundesweit zu einem drastischen Rückgang der Säuglingssterblichkeit: Starben im Jahr 1950 in Nürnberg noch 5,5 Säuglinge je 100 Lebendgeborene, waren es im Jahr 2008 nur noch 0,3. In den letzten Jahren lag die Säuglingssterblichkeit in Nürnberg etwas über dem Landesdurchschnitt.⁹²

6. Todesursachen

6.1. Todesursachenstatistik

Die entscheidende Datenquelle für Informationen zum Sterbegeschehen ist die amtliche Todesursachenstatistik. Sie entsteht aus zwei Informationsquellen: Die demographischen Daten der Verstorbenen entstammen der Statistik der zuständigen Standesämter. Das Gesundheitsamt bekommt die Todesbescheinigungen, deren vertraulicher Teil die Todesursache enthält. Der Schein wird von dem mit der Leichenschau beauftragten Arzt ausgefüllt und an das zuständige Gesundheitsamt schickt. Beide Datenquellen werden in den Statistischen Landesämtern zur amtlichen Todesursachenstatistik zusammengeführt.

Als Todesursache gilt das sog. Grundleiden. Dies ist die Krankheit, die der Ausgangspunkt der zum Tode führenden Leiden war. In den Statistischen Landesämtern werden die Todesursachen nach dem internationalen Schlüssel der WHO, dem ICD – Code 10 (ICD= International Classification of Diseases), verschlüsselt. Wegen formaler Fehler, unvollständigen oder fehlerhaften Angaben auf den Todesbescheinigungen wird die Aussagekraft der Todesursachenstatistik häufig kritisiert. Trotz dieser Einschränkungen ist sie die einzige flächendeckende, international standardisierte und regional vergleichbare Statistik zur Beschreibung des Gesundheitszustandes einer Bevölkerung.⁹³

⁹² Für 2008 lagen noch keine bayerischen Zahlen vor.

⁹³ vgl. Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II, St. Augustin, 1990, S. 426,-430, und Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1996, S. 42 und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe GBE-Praxis 3, S. 14-17

6.2. Vermeidbare Todesfälle

Das Konzept der vermeidbaren Sterblichkeit geht davon aus, dass bestimmte Todesursachen in bestimmten Altersgruppen vermeidbar wären, vorausgesetzt eine adäquate Prävention und Therapie wäre möglich und würde in Anspruch genommen. Der Indikator kann Hinweise geben auf die Inanspruchnahme und die Qualität der medizinischen Diagnostik und Therapie und kann dazu beitragen, die Effektivität von Maßnahmen der Primärprävention (Nikotin- und Alkoholkonsum etc.) zu bewerten. Er kann ferner Hinweise liefern auf gesundheitsförderliche (oder –schädliche) Effekte des Lebensstils und deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung.

Es gibt unterschiedliche Modelle des Indikators „vermeidbare Todesfälle“.⁹⁴ Die folgende Auswahl an Todesursachen orientiert sich am Vorschlag des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit.

6.2.1. Ischämische Herzkrankheit (ICD I20-I25) / akuter Herzinfarkt (ICD I21)

Die koronare oder auch ischämische Herzkrankheit ist eine chronische Erkrankung der Herzkranzgefäße (Koronararterien), bei der es durch Verengung oder Verschluss eines oder mehrerer Gefäße zu einer Mangel durchblutung (Ischämie) des Herzens kommt. Der Grund liegt in einer Verkalkung der Arterien (Arteriosklerose)⁹⁵, in erster Linie durch Zigarettenkonsum und Fettstoffwechselstörungen, aber auch von Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes mellitus und psychosozialen Faktoren verursacht wird.⁹⁶ „Den meisten Risikofaktoren liegen bereits in der Kindheit und Jugend praktizierte ungesunde Lebensgewohnheiten wie Fehl- und Überernährung sowie mangelnde körperliche Aktivität zugrunde.“⁹⁷ Diese Risiken häufen sich in den ärmeren Bevölkerungsgruppen. Dies verdient umso mehr Beachtung, als die vorklinischen Anzeichen von Arteriosklerose durch schichtspezifische Risikofaktoren zwar erklärbar sind. Doch auch das Fortschreiten der Atherosklerose scheint schichtspezifisch zu verlaufen: Eine Studie aus Finnland konnte nach zweimaliger Befragung und Untersuchung von 1.516 Männern zwischen 42 und 60 Jahren belegen, dass innerhalb von 4 Jahren die Höhe der Ablagerungen in den Blutgefäßen bei den Befragten der unteren sozialen Schicht höher waren als in der oberen.⁹⁸

Als wesentliche zusätzliche Risikofaktoren für die koronare Herzkrankheit gelten der sog. „job strain“ (KARASEK/ THEORELL) und die sog. „berufliche Gratifikationskrise“ (J. SIEGRIST). Es handelt sich dabei um eine dauerhafte Belastung am Arbeitsplatz, die aus einer Kombination hoher Anforderungen mit gleichzeitig geringem Handlungsspielraum besteht, bzw. um eine Diskrepanz zwischen (hoher) beruflicher Verausgabung und (geringen) Belohnungschancen hinsichtlich des Einkommens, der Anerkennung im sozialen Umfeld und der Sicherung/ Verbesserung des erreichten beruflichen Status. Diese Ar-

⁹⁴ vgl. www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 18.2.2010, Kommentar zu Indikator (L) 3.13

⁹⁵ www.gbe-bund.de, Glossar, 23.2.2010

⁹⁶ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Koronare Herzkrankheit und akuter Myokardinfarkt, Berlin 2006, S. 17

⁹⁷ a.a.O.

⁹⁸ vgl. MIELCK, A: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 262/263

beitsplatzmerkmale finden sich vor allem bei Erwerbstätigen mit niedrigem beruflichen Status (z.B. Fließbandarbeiter). Es konnte nachgewiesen werden, dass berufliche Gratifikationskrisen das Risiko für eine koronare Herzkrankheit deutlich erhöhten:⁹⁹ So wiesen prospektive Studien aus Finnland und Großbritannien wiederholt nach, dass erwerbstätige Frauen und Männer, die in einer beruflichen Gratifikationskrise ausgesetzt waren, ein um das 2,3 bis 4,5fach signifikant erhöhtes Risiko besitzen, an einer Koronaren Herzkrankheit neu zu erkranken als Personen, die nicht stressexponiert waren.¹⁰⁰

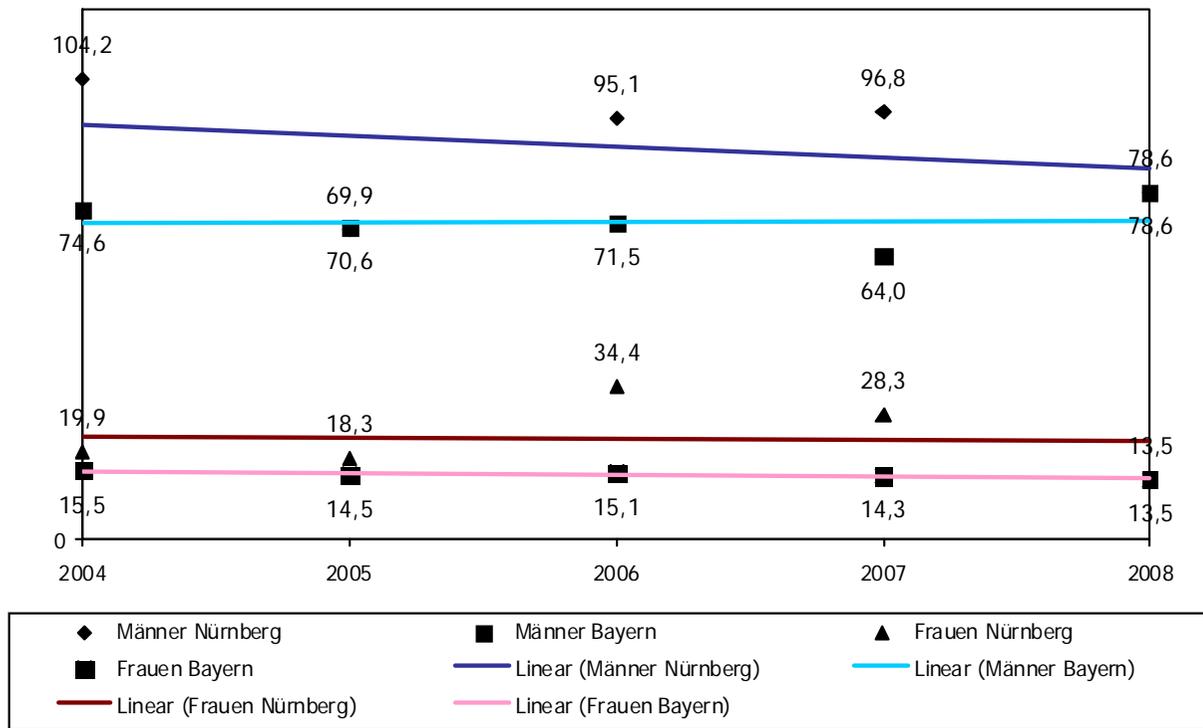
Einen weiteren Hinweis auf die Wirkung des „sozialen Gradienten“ bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen ergab die sog. „Whitehall-II-Studie“, die die Gesundheit britischer Regierungsangestellter untersuchte. Demnach hatten während eines elfjährigen Beobachtungszeitraumes die Beschäftigten mit den höchsten Belastungswerten für hohe Verausgabung und niedrige Belohnung das höchste Risiko einer Neuerkrankung an einer koronaren Herzkrankheit. Betrachtet man die Statusgruppen einzeln, ergab der Vergleich innerhalb der einer Gruppe zwischen dem Vorliegen und dem Nicht-Vorliegen einer beruflichen Gratifikationskrise in der niedrigsten Statusgruppe ein um 60 %, in den nächst höheren Gruppen ein nur noch um 5 % und 20 % erhöhtes Risiko.¹⁰¹

⁹⁹ vgl. a.a.O. S. 167/168

¹⁰⁰ vgl. a.a.O. S. 225/226

¹⁰¹ vgl.a.a.O. S. 227/228

Abb. 6.2.1.1 Verstorbene je 100.000 Einwohner zwischen 35 und 64 Jahren an der Ischämischen Herzkrankheit (ICD I20-I25) in Nürnberg und Bayern 2004-2008* ¹⁰²



Obwohl sich die Sterblichkeit der Nürnberger Männer an der Ischämischen Herzkrankheit im „besten“ Alter zwischen 35 und 64 Jahren in den Jahren 2004 - 2008 unterschiedlich entwickelt hat, lag sie in der Tendenz deutlich über den bayerischen Werten: 2007 starben in Nürnberg 96,8 je 100.000 Männer, in Bayern nur 64,0. Der Unterschied betrug 32,8 Fälle. Im Jahr 2008 ist die Sterbeziffer auf 78,6 gesunken. Der Vergleich mit Bayern muss für das Jahr 2008 aufgrund des aktuellen Datenstandes unterbleiben. In der Tendenz verlief die Entwicklung der Sterblichkeit in Nürnberg wie auch in Bayern abnehmend.

Anders verhielt es sich bei den Frauen: 2004-2008 wies die Entwicklung der Sterblichkeit der Nürnberger wie auch der bayerischen Frauen an der Ischämischen Herzkrankheit eine relativ gleichbleibende Tendenz auf, allerdings auf einem höheren Niveau als in Bayern. 2008 starben 13,5 je 100.000 Frauen in Nürnberg, 2007 waren es noch 28,3. Demgegenüber betrug die Sterberate der bayerischen Frauen 2007 nur 14,3, d.h. sie war im Vergleich zu Nürnberg nur halb so hoch.

Die relativ kleinen Fallzahlen (94 Personen im Jahr 2008) lassen Spielraum für zufällige Entwicklungen. Dennoch zeigt sich hier möglicherweise ein weiteres Indiz für die langfristig bekannte erhöhte Herz-Kreislauf-Sterblichkeit der Nürnberger Bevölkerung.

Anzahl 2008: 80 Männer und 14 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, [www.lgl.bayern.de/ gesundheit/ gesundheitsindikatoren](http://www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren), 13.8.2009, Indikator 3.13

¹⁰² Die bayerischen Vergleichszahlen für 2008 lagen noch nicht vor.

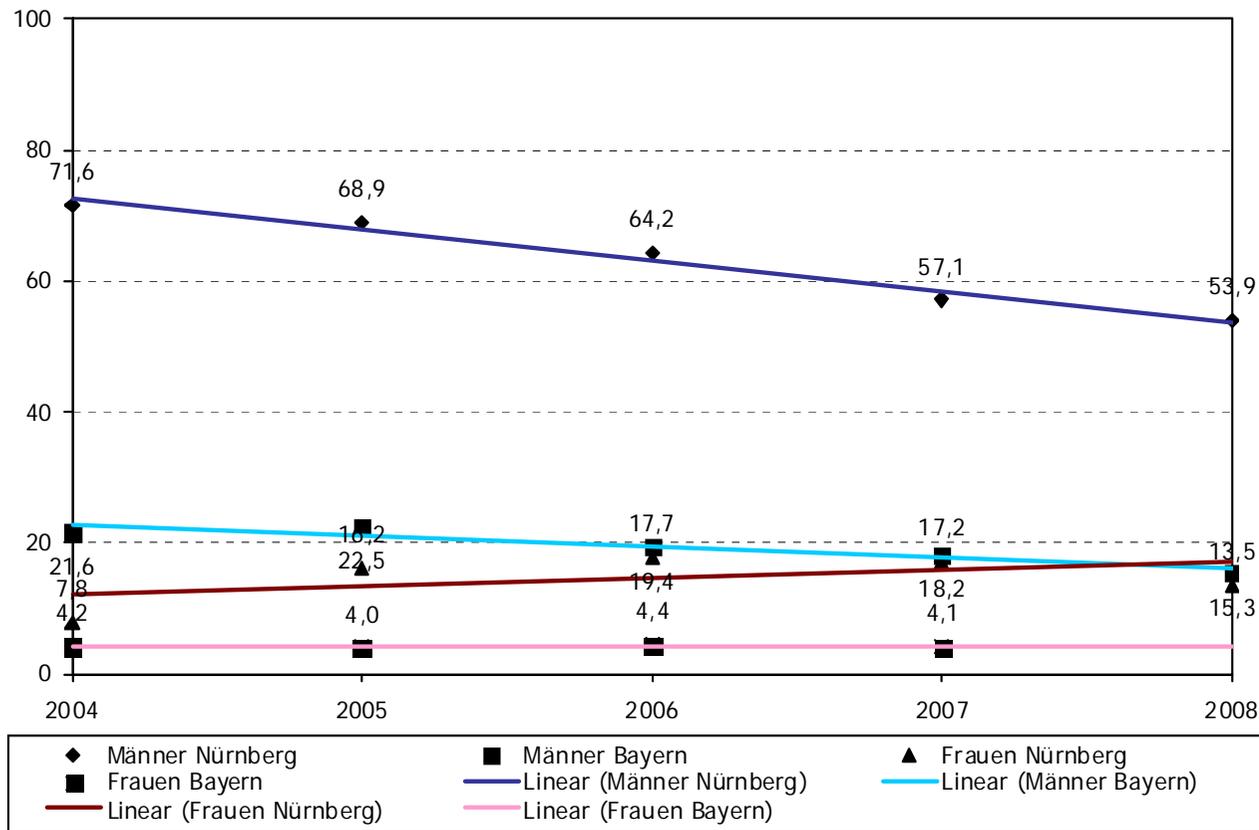
Die ischämische Herzkrankheit kann zu Brustschmerzen (Angina pectoris), zur Herzschwäche (Herzinsuffizienz) sowie zum akuten Myokardinfarkt (Herzinfarkt) führen. Der Infarkt, bei dem Herzmuskelgewebe in der Folge eines starken Durchblutungsmangels abstirbt, gilt als besonders wichtige Komplikation einer koronaren Herzkrankheit und geht mit einer hohen Sterblichkeitsrate einher.¹⁰³

Zusätzlich zu dem sozialen Gradienten in der kreislaufbedingten Sterblichkeit gibt auch deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede: Bundesweit wurde zwischen 1950 und 1970 die kreislaufbedingte Sterblichkeit der Frauen unterschätzt, da sie anders als bei den Männern, nicht in jüngeren Altersgruppen, sondern erst im höheren Alter an Bedeutung gewinnt. Insgesamt Frauen haben eine ungünstigere Überlebensprognose nach einem Herzinfarkt: So wurde in den USA und später auch in Europa aufgrund klinischer Daten nachgewiesen, dass Frauen in der Diagnostik und Therapie benachteiligt werden. Hier spielt auf internationaler Ebene möglicherweise die soziale Absicherung der Frauen eine Rolle. Auch die weniger spezifische Symptomatik bei den Frauen sowie deren oft zögerliche Herstellung des Arztkontaktes beeinflussen die Kommunikation zwischen ÄrztIn und PatientIn und damit auch die Maßnahmen der Notfallmedizin. Aus den Daten des Augsburger Herzinfarktregisters geht hervor, dass die Kontaktaufnahme mit der Notfallmedizin bei alleinstehenden und alleinlebenden Frauen oft verzögert wird, weil niemand zugegen war, um medizinische Hilfe zu holen. So war der Anteil der Verheirateten an den hospitalisierten HerzinfarktpatientInnen mit 55 % bei den Frauen und 87 % bei den Männern größer als bei den plötzlich Verstorbenen mit 32 % der Frauen und 80 % der Männer.¹⁰⁴

¹⁰³ www.gbe-bund.de, Glossar, 23.2.2010

¹⁰⁴ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin, 2001, S. S. 109-122

Abb. 6.2.1.2 Verstorbene je 100.000 Einwohner zwischen 35 und 64 Jahren an einem akuten Herzinfarkt (ICD I21) in Nürnberg und Bayern 2004-2008*



Die vorzeitige Sterblichkeit der Nürnberger Männer lag 2004-2008 weit über der Bayerns. Allerdings nahm sie in diesem Zeitraum auch deutlich ab von 71,6 auf 53,9 je 100.000 Todesfälle im Jahr 2007. Der Unterschied zu Bayern betrug 2007 dennoch noch 38,9 Fälle.

Während sich die vorzeitige Infarktsterblichkeit der bayerischen Frauen 2004-2007 insgesamt auf Werte um 4 Verstorbene je 100.000 Frauen eingependelt hat, nahm die der Nürnberger Frauen 2004-2007 zu: Sie betrug 2004 7,8 je 100.000 Frauen und hat sich bis 2007 auf 17,7 mehr als verdoppelt. Im Jahr 2008 erfolgte wieder ein leichter Rückgang auf 13,5 Todesfälle.¹⁰⁵

Bei der Interpretation der Daten muss die geringe Fallzahl bedacht werden, die zufällige Einflüsse nicht ausschließen kann.

Anzahl 2008: 55 Männer und 14 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt
Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, 13.8.2009

¹⁰⁵ Die bayerischen Vergleichszahlen für 2008 lagen noch nicht vor.

6.2.2. Hypertonie und zerebrovaskuläre Krankheiten (ICD 10 I10-15 und I60-I69)

In den Industrieländern gehört Bluthochdruck zu den häufigsten Krankheiten und führt hier häufiger zum Tod als Krebserkrankungen. Regelmäßige Blutdruckmessungen (durch den Arzt oder Selbstmessung nach ärztlicher Anleitung) lassen einen beginnenden Bluthochdruck frühzeitig erkennen und ermöglichen damit, ernsthaften Folgen und Komplikationen durch geeignete Behandlung (blutdrucksenkende Mittel) und Lebensführung vorzubeugen. Folgende Faktoren erhöhen neben einer erblichen Veranlagung das Risiko für den sog. primären oder essenziellen Bluthochdruck¹⁰⁶: salz- und fettreiche Ernährung, Übergewicht, Stress, Bewegungsmangel, Alkohol und Rauchen. Wenn der Blutdruck längere Zeit erhöht ist, steigt ... das Risiko für Herz- und Nierenerkrankungen, Schlaganfall, Augen- und Gefäßschäden.¹⁰⁷ Schlaganfall ist definiert als plötzlich auftretende schwere Durchblutungsstörung des Gehirns durch Hirninfarkt oder Hirnblutung, die mit Bewusstseinsverlust und Lähmungserscheinungen, meist auch Sprachverlust (Aphasie) und Empfindungsstörungen einhergeht. Ein Schlaganfall ist ein akuter Notfall und macht die sofortige Behandlung durch einen Arzt bzw. eine Krankenhauseinweisung notwendig.¹⁰⁸

Auch hier sind die Überlebenschancen oft ungleich verteilt. So wurde in der „Berliner– Akuter-Schlaganfall-Studie“ die Versorgungssituation in 4 Berliner Krankenhäusern untersucht: Dabei zeigte sich, dass viele PatientInnen zu spät die Klinik erreichten, ein niedriges Bildungsniveau aufwiesen, die Symptome nicht kannten, und –wie auch beim Herzinfarkt – alleine lebten und den Rettungsdienst nicht alarmierten. Auch im Krankenhaus wurde bisweilen keine schnelle und adäquate Hilfe geleistet.¹⁰⁹

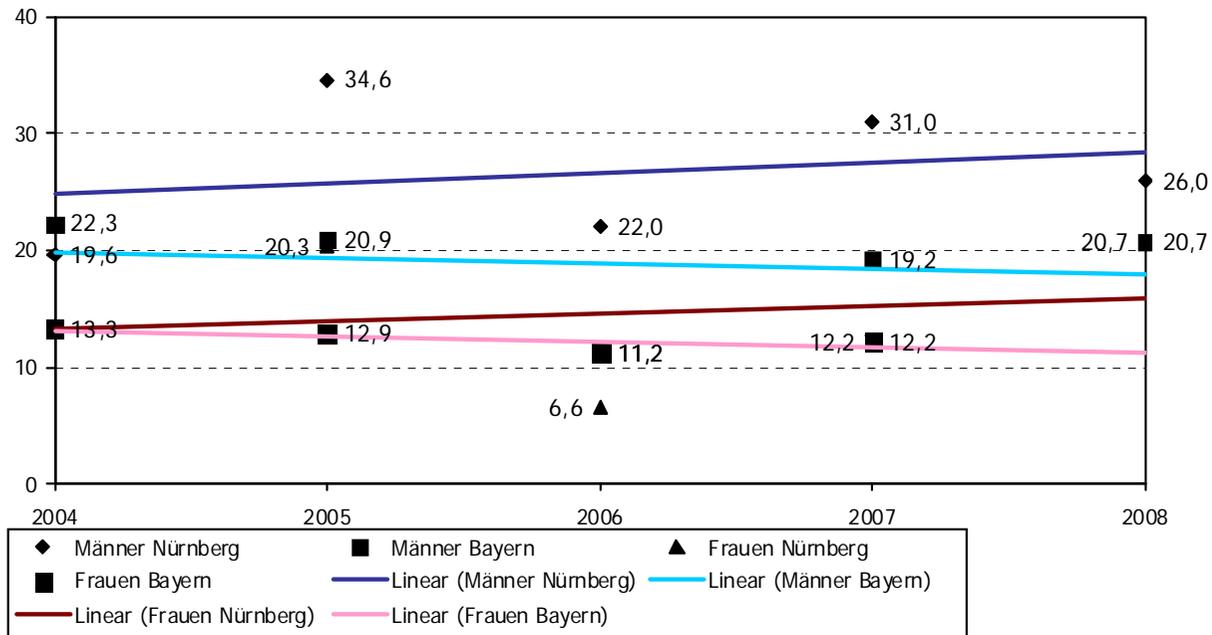
¹⁰⁶ Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert **Bluthochdruck** bei einem systolischen Wert über 160 mmHg und einem diastolischen Wert über 95 mmHg. Bei einem diastolischen Wert von 90-104 mmHg handelt es sich nach der WHO um einen milden, von 105- 114 mmHg um einen mittelschweren und über 115 mmHg um einen schweren **Bluthochdruck**

¹⁰⁷ www.gbe-bund.de, Glossar, 23.2.2010

¹⁰⁸ www.gbe-bund.de, Glossar, 23.2.2010

¹⁰⁹ vgl. a.a.O. 28

Abb. 6.2.2 Verstorbene je 100.000 Einwohner Hypertonie (ICD 10 I10-15) und zerebrovaskulären Krankheiten (I60-I69) im Alter zwischen 35 und 64 Jahren in Nürnberg und Bayern 2000-2008*¹¹⁰



Schlaganfall ist in erster Linie ein Leiden Alters, das zu fast 85 % der nach dem 60. Lebensjahr auftritt. Mit dem sog. „Alterungsprozess“ der Gesellschaft wird auch die Häufigkeit von Neuerkrankungen zunehmen.¹¹¹

Dementsprechend ist die vorzeitige Sterblichkeit auch wenig ausgeprägt: 49 Personen sind in Nürnberg 2008 an einem Schlaganfall und an den Folgen von Bluthochdruck „vorzeitig“ zwischen 35 und 64 Jahren verstorben. Von den insgesamt 618 Verstorbenen waren dies 7,9 %.

Die kleinen Fallzahlen vorzeitiger Sterblichkeit in Nürnberg erlauben keine statistisch sichere Aussage für den Zeitraum 2004-2008. Doch scheint die vorzeitige Sterblichkeit der Männer – wie die kreislaufbedingte Sterblichkeit allgemein – über den bayerischen Werten zu liegen mit einer leicht steigenden Tendenz. Die vorzeitige Sterblichkeit der Frauen hingegen nahm seit 2004 ab und näherte sich den bayerischen Werten an.

Anzahl 2008: 27 Männer und 22 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.lgl.bayern.de/gesundheits/gesundheitsindikatoren, 13.8.2009 Indikator 3.13

¹¹⁰ Die bayerischen Vergleichszahlen für 2008 lagen noch nicht vor.

¹¹¹ vgl. Robert-Koch-Institut: Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 27

6.2.3. Bösartige Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (ICD C30-C39)

Die Todesursache „Lungenkrebs“, d.h. bösartige Neubildungen der Luftröhre, Bronchien und der Lunge (ICD 33-34) gehört zur Diagnosegruppe der Bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (ICD 30-39). Sie ließ sich aufgrund der Datenaufbereitung nicht als Einzeldiagnose betrachten und kann daher auch nicht mit den bayerischen Werten verglichen werden. Der Lungenkrebs gehört zu den wenigen Krebslokalisationen, bei denen der Hauptrisikofaktor bekannt ist. Bei Männern sind etwa 90 %, bei Frauen bis zu 60 % der Lungenkrebskrankungen dem Tabakrauchen zuzuschreiben. Die Entwicklung der Inzidenz spiegelt mit zeitlicher Verzögerung das Rauchverhalten in der Bevölkerung wider. Verbesserungen in der Früherkennung und der Therapie erhöhen im Einzelfall die Chance einer günstigeren Prognose. Eine Absenkung der Neuerkrankungsrate bleibt die wichtigste Zielvorgabe erfolgreicher Präventionsprogramme.¹¹²

In der Bundesrepublik raucht etwa jeder dritte Erwachsene, fast jeder Zehnte stark (20 und mehr Zigaretten). Mit dem sozialen Gradienten des Tabakkonsums geht auch eine inverse Beziehung der Sterblichkeit an Lungenkrebs mit dem Sozialstatus einher. Eine Auswertung von 13.171 der Todesbescheinigungen verstorbener Bochumer EinwohnerInnen ergab für die Gruppe der 45-54 jährig verstorbenen Männer von mittlerem bzw. niedrigem Sozialstatus eine um das 2,9- bzw. 3-fach erhöhte Lungenkrebsmortalität im Vergleich mit der höchsten Statusgruppe. Die soziale Differenzierung setzte sich bis ins höhere Alter (bis 74 Jahre) hinein fort.¹¹³

Auch in räumlicher Hinsicht zeigt sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Lungenkrebsmortalität und dem Sozialindex in den Berliner Bezirken. So wiesen die Bezirke Kreuzberg, Tiergarten, Wedding und Neukölln die am weitesten über dem städtischen Durchschnitt liegenden Mortalitätsraten an Lungenkrebs auf¹¹⁴ und gehörten gleichzeitig zu den Bezirken mit den ungünstigsten Ausprägungen des Sozialindex: „...Das Risiko, an Lungenkrebs zusterben (steigt) mit der Zunahme sozialer Not (Sozialindex). So sterben in Kreuzberg nahezu dreifach so viele Menschen wie in Zehlendorf. Das dahinterstehende Schichtverhalten spiegelt sich auch in den Schulen wider: In Berliner Hauptschulen gibt es etwa dreifach so viele Schüler/innen, die rauchen, im Vergleich zu Gymnasien“.¹¹⁵

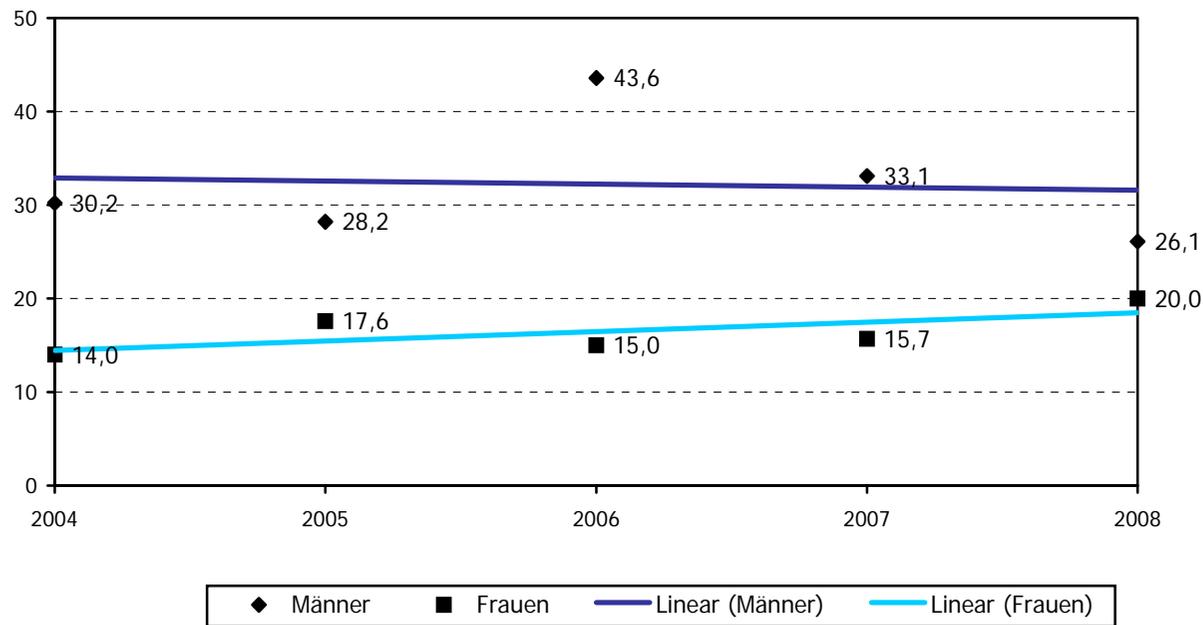
¹¹² vgl. www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 23.2.2010, Kommentar zu Indikator (L) 3.70

¹¹³ vgl. **STOLPE, S.:** Altersabhängigkeit der sozialen Ungleichheit in der Mortalität, in: Gesundheitswesen 59, 1997, S. 242-247, S. 244-245

¹¹⁴ Der Sozialindex wurde aus einer Auswahl von Sozialindikatoren vom Senat für Gesundheit für jeden der Berliner Bezirke berechnet als ein Maß für „soziale Belastung“ des Bezirks.

¹¹⁵ Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hrsg.): Ungleiche Gesundheit in Berlin, Berlin, 2000, S. 61

Abb. 6.2.3 Verstorbene je 100.000 Einwohner an bösartigen Neubildungen der Atmungsorgane und sonstiger intrathorakaler Organe (ICD 30-39) zwischen 15 und 64 Jahren in Nürnberg 2004-2008



Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Atmungsorgane - einschließlich Lungenkrebs¹¹⁶ - hat sich in Nürnberg seit 2004 leicht verändert: Die Mortalität der Männer war tendenziell rückläufig und betrug 2008 26,1 Todesfälle je 100.000 Männer. Währenddessen ist die Sterbeziffer der Frauen angestiegen seit 2004 von 14,0 auf 20,0 im Jahr 2008.

Stets waren mehr Männer als Frauen betroffen: Im Durchschnitt der Jahre 2004-2008 verstarben 1,7 Männer je 1 verstorbene Frau an einem Krebs der Atmungsorgane.

Anzahl 2008: 46 Männer und 36 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.gbe-bund.de, 4.5.2010

Kommentar: Wie im Bundesgebiet deutet sich auch in Nürnberg eine rückläufige Sterblichkeit bei den Männern an, während sie bei den Frauen im Ansteigen begriffen ist.¹¹⁷ Seit 1990 hat die Lungenkrebssterblichkeit der Frauen um fast 48 % zugenommen und gehört seit 2000 zu den 10 häufigsten Todesursachen bei Frauen. Als maßgeblich hierfür wird der seit Mitte der 1980er Jahre zunehmende Tabakkonsum der Frauen erachtet, während das Rauchen bei den Männern seither leicht zurückgeht.¹¹⁸

¹¹⁶ C34 Bösartige Neubildungen der Bronchien und der Lunge konnten aufgrund der Untergliederung der zur Verfügung stehenden Version der Todesursachenstatistik für Nürnberg nicht gesondert betrachtet werden.

¹¹⁷ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 178

¹¹⁸ vgl. ders.: Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 43, 107

6.2.4. Sterblichkeit an Krankheiten der Leber (ICD K70-K77)

„Die Diagnosegruppe Krankheiten der Leber beinhaltet neben der alkoholischen Leberkrankheit, der Fibrose und Zirrhose der Leber, toxische Leberkrankheiten, Leberversagen inkl. Leberkoma, die chronische Hepatitis und sonstige Erkrankungen der Leber. Die alkoholische Leberkrankheit ist eine chronische Lebererkrankung, die als Folge eines vermehrten Alkoholkonsums auftritt. Das Spektrum alkoholischer Lebererkrankungen umfasst die Fettleber, die alkoholische Hepatitis und die Leberzirrhose. Bei einem Konsum von 40 bis 60 g Alkohol pro Tag findet sich ein sechsfach erhöhtes Zirrhoserisiko im Vergleich zu einer Gruppe mit einem Konsum zwischen 0 bis 40 g pro Tag. Ein circa 14fach höheres Risiko findet sich bei einem Konsum von 60 bis 80 g pro Tag und ein über 50faches Risiko bei 80 bis 100 g Alkohol pro Tag. Außerdem hat Alkoholkonsum einen ungünstigen Einfluss auf den Verlauf chronischer Lebererkrankungen anderer Ursachen, z. B. nach einer Hepatitis C. Leberzirrhose führt zu vermeidbarer gegenwärtig jedoch zunehmender Sterblichkeit in Deutschland. „¹¹⁹

Die Diagnosegruppe beinhaltet auch Krankheiten, die nicht allein auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind. Dagegen bleiben durch Alkohol mit verursachte Schäden, z.B. Straßenverkehrsunfälle, Folgen zwischenmenschlicher Gewalt, Herz-Kreislauf-Erkrankungen) unberücksichtigt. Dennoch sind durch Alkoholschäden verursachte Lebererkrankungen in dieser Diagnosegruppe dominant.

In der Bundesrepublik wurden im Jahr 2005 pro Kopf 10,0 l Reinalkohol verbraucht. De facto wurden im Durchschnitt 115,2 l Bier, 19,9 l Wein, 3,8 l Schaumwein und 5,7 l Spirituosen je Einwohner getrunken.¹²⁰ Wissenschaftliche Untersuchungen über die Verbreitung alkoholbedingter Schäden in der Bevölkerung kommen aufgrund von Unterschieden in den Verfahren zur Bewertung des sozioökonomischen Status und zur Klassifizierung des Alkoholkonsums zu keinem Konsens. Dennoch gibt es Hinweise auf einen Schichtgradienten, der allerdings nicht invers verläuft: Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionstudie (DHP) kam zu dem Ergebnis, dass höherer Alkoholkonsum (40 g pro Tag und mehr pro Person) in der oberen sozialen Schicht bei Männern 1,9 mal und bei Frauen 3,5mal signifikant höher ist. Dies war bei den Männern auf das Trinken von Wein, Sekt und Spirituosen zurückzuführen, bei den Frauen auf den Konsum aller alkoholischen Getränke. Nur der Konsum von Bier war bei Männern in der unteren sozialen Schicht häufiger als in der oberen. Weiterhin ergab die Nationale Verzehrstudie, dass mit zunehmendem Einkommen und zunehmender Schulbildung der Alkoholkonsum ansteigt, und zwar bei den Frauen stärker als bei den Männern. Vergleichbares wurde auch in anderen westeuropäischen Ländern beobachtet.¹²¹

Trotz der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholkonsums ist ein – direkt oder indirekt - alkoholbedingter Tod in den ärmeren Bevölkerungsschichten häufiger: Eine Analyse der Todesbescheinigungen in Bochum ergab, dass in der Altersgruppe zwischen 35 und 44 Jahren jeder 5., im Alter zwischen 25 und 34 Jahren sowie zwischen 45 und 54 Jahren jeder 10. Mann an den Folgen übermäßigen Alkoholkonsums gestorben ist. Dabei war im Alter zwischen 25 und 64 Jahren eine sehr ausgeprägte soziale Differenzierung zu erkennen: Angehörigen der beiden untersten Statusgruppen hatten ein 3,6 bzw. 1,8 mal höheres Risiko an einer alkoholinduzierten Erkrankung zu sterben als Angehörige der obersten.¹²² Auch die sozialräumliche Zuordnung der Todesfälle durch Leberzirrhose im Alter zwischen 17 und 75 Jahren zu den Berliner Bezirken ergab eine Häufung der Sterblichkeit an Leberzirrhose in Bezirken mit hoher Arbeitslosigkeit und einem hohen Anteil an SozialhilfeempfängerInnen.¹²³

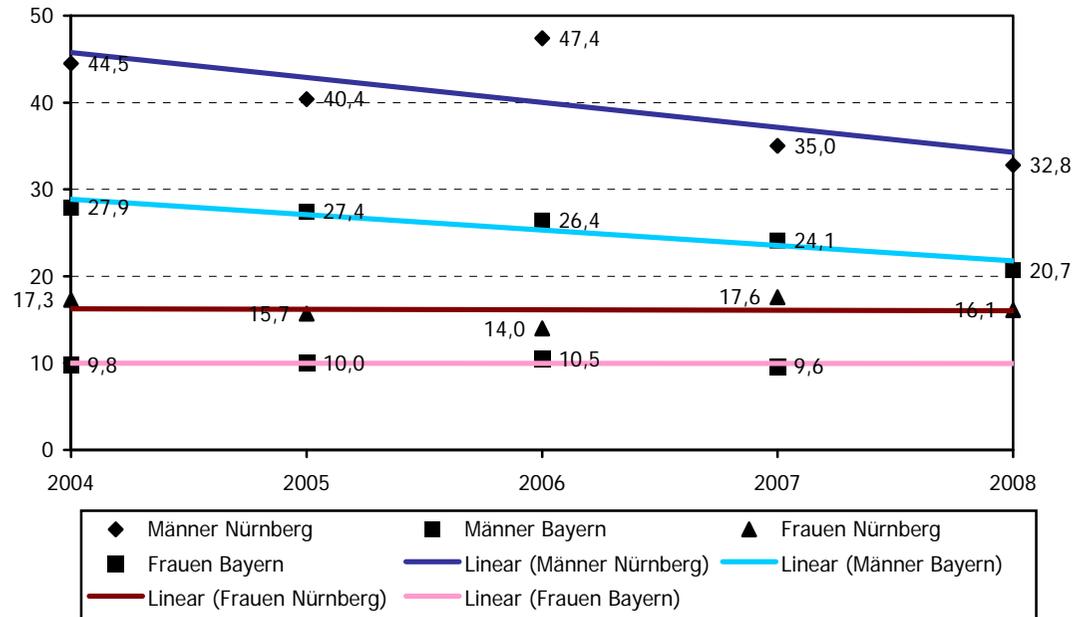
¹¹⁹ vgl. a.a.O.

¹²⁰ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen, Berlin 2008, S. 9

¹²¹ vgl. MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 203-205

¹²² vgl. STOLPE, S.: Altersabhängigkeit der sozialen Ungleichheit in der Mortalität, in: Gesundheitswesen 59, 1997, S. 242-247, S. 245

Abb. 6.2.4 Todesfälle je 100.000 Einwohner zwischen 15 und 74 Jahren an einer Krankheit der Leber (ICD K70-77) 2004-2008¹²⁴ in Nürnberg und Bayern



Unter den 15-74 jährigen Nürnberger Männern waren Todesfälle durch eine Lebererkrankung deutlich häufiger als in Bayern: 2007 starben in Nürnberg 35,0 je 100.000 Männer, in Bayern waren es nur 24,1. Dies war ein Unterschied von 10,9 Todesfällen. Im Jahr 2008 betrug die Sterbeziffer 32,8. In Bayern herrschte wie auch in Nürnberg zwischen 2004 und 2008 eine abnehmende Tendenz der Sterblichkeit an dieser Gruppe von Todesursachen.

Die Sterberate der Frauen war in Nürnberg wie auch in Bayern weit niedriger als die der Männer und hat sich zwischen 2004 und 2008 kaum verändert. Sie war allerdings – wie auch bei den Männern - höher als der bayerische Vergleichswert. Die Sterbeziffer betrug 2007 17,6 und in Bayern 9,6. Im Jahr 2008 verstarben 16,1 je 100.000 Nürnbergerinnen an dieser Todesursache.

Anzahl 2008: 70 Männer und 35 Frauen

¹²³ Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hrsg.): Ungleiche Gesundheit in Berlin, a.a.O. S. 64/65

¹²⁴ Die bayerischen Vergleichszahlen für 2008 lagen noch nicht vor.

6.2.5. Vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD X60-X84)

In der Ausübung von Selbstmorden gibt es große regionale und interkulturelle Unterschiede. Ein gesteigertes Suizidrisiko besteht bei bestimmten psychischen Erkrankungen, für (ethnisch, politisch, religiös) Verfolgte, für suchtmittelabhängige, unheilbar kranke und sozial isolierte Menschen. In der Regel ist die Suizidrate der Männer doppelt so hoch wie die der Frauen und nimmt mit steigendem Alter noch zu.¹²⁵ Der Grund hierfür sind meist Depressionen, in jüngeren Jahren hingegen sind es Lebenskrisen.¹²⁶ Der Suizid – und auch die Suizidprophylaxe – hat eine zutiefst gesellschaftliche und soziale Dimension, weswegen die Sterbefälle durch eigene Hand hier als vermeidbare Todesfälle betrachtet werden.

Bemerkenswert ist weiterhin, „dass die Rate der Suizidversuche bei Mädchen dreimal höher ist als bei Jungen. Dagegen führen jedoch bei Jungen die Suizidversuche dreimal öfter zum Tode als beim weiblichen Geschlecht.“¹²⁷ Als Gründe hierfür werden Geschlechterstereotypen vermutet: Weibliches suizidales Handeln hätte eher Appellcharakter und würde aufgrund der vornehmlich angewandten „weichen“ Methoden (z.B. Vergiften, Ertrinken) eine höhere Dunkelziffer aufweisen als das eher geplante und effektivere männliche Verhalten (z.B. Erschießen, Erhängen).¹²⁸

Die Erfassung von Todesfällen durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (Selbstmorde) setzt voraus, dass diese als solche erkannt und auf der Todesbescheinigung bestätigt wurden. Es muss mit einer Dunkelziffer von nicht als Selbstmord erkannten Todesfällen gerechnet werden. Auch sind Selbstmordversuche und suizidäquivalentes Verhalten nicht berücksichtigt. Vor allem unter den Todesfällen durch Verkehrsunfälle, Drogen und den unklaren Todesursachen befindet sich wahrscheinlich noch ein erheblicher Anteil nicht erkannter Suizide. Nach Schätzungen des Bundeskriminalamtes sind mindestens 18 % der Drogentoten als Suizide anzusehen...Auch bei alten Menschen können die Raten unterschätzt werden.¹²⁹

¹²⁵ Pschyrembel, Medizinisches Wörterbuch, a.a.O. S. 1488

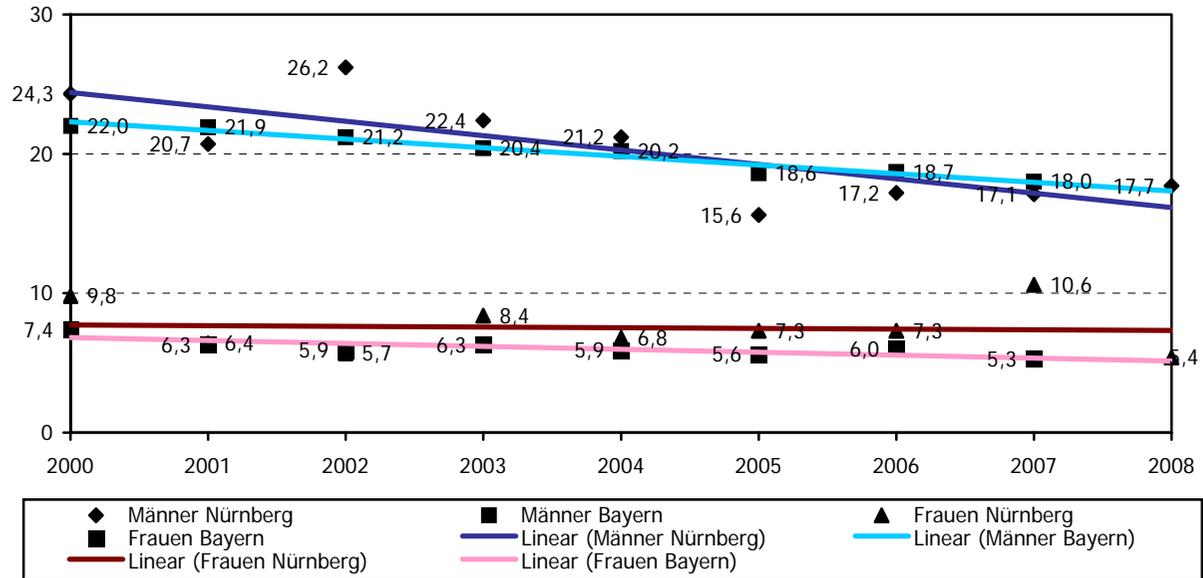
¹²⁶ Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Psychische Gesundheit, Gesundheitsmonitor Bayern 1 /2007, S. 8

¹²⁷ vgl. www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 23.2.2010, Kommentar zu Indikator (L) 3.89

¹²⁸ vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, a.a.O. S. 173

¹²⁹ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, a.a.O. S. 224

Abb. 6.2.5 Verstorbene je 100.000 Einwohner durch vorsätzliche Selbstbeschädigung (ICD X60-X84) in Nürnberg und Bayern 2000-2008^{130*}



Nach den Angaben auf der Todesbescheinigung starben in Nürnberg 2008 70 Menschen durch eigene Hand. Dies waren 44,3% der nicht krankheitsbedingten Todesfälle. Bezogen auf 100.000 Einwohner waren es 17,7 Männer und 5,4 Frauen.

Im Zeitraum 2000-2008 war die Suizidsterblichkeit der Männer in Nürnberg und Bayern rückläufig, während sich die der Nürnberger Frauen wenig geändert hat und die der bayerischen Frauen leicht zurückging.

Männer verüben häufiger Selbstmord als Frauen. Dies war auch in Nürnberg der Fall. Hier bestand 2008 eine Relation der Sterbeziffern von Männern und Frauen von 2 : 1 (Bayern: 2007 3,4 :1).

Anzahl 2008: 51 Männer und 19 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt, **Quelle:** Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.gbe-bund.de, 23.6.2009

¹³⁰ Die bayerischen Vergleichszahlen für 2008 lagen noch nicht vor.

Kommentar: Die bundesweite Suizidrate für Männer betrug 21,1 für Männer und 4,4 für Frauen im Jahr 2008. „Die Daten des Statistischen Bundesamtes können...als eine sehr konservative Schätzung der tatsächlichen Anzahl der Suizide gewertet werden, die um mindestens 25 % höher angenommen wird.“¹³¹

Zur Häufigkeit von Suizidversuchen liegen keine amtlichen Daten vor. Das deutsche Zentrum des WHO-Projekts Multicentre Study on Parasuicide an der Psychiatrischen Klinik der Universität Würzburg nimmt eine extrem hohe Dunkelziffer von bis zu 500 % an. Aus den Daten des Instituts geht hervor, dass Männer und Frauen jüngerer Altersgruppen am häufigsten einen Selbstmordversuch unternehmen: 208 Frauen und 113 Männer je 100.000 Einwohner zwischen 15 und 24 Jahren (1989-1992) gegenüber 39 Frauen und 38 Männer im Alter ab 55 Jahren. Vollendete Suizide hingegen häufen sich in höherem Alter: 47,6 % der Frauen und 31,4 % der Männer, die sich 1997 das Leben nahmen, waren 60 Jahre und älter. Sowohl bei den vollendeten Selbstmorden als auch bei den –Versuchen sind - bei beiden Geschlechtern – Ledige und Geschiedene gegenüber den Verheirateten überrepräsentiert.¹³²

Obwohl die Datenlage zum Selbstmordgeschehen Lücken aufweist, deuten sich doch „schwächere“ Bevölkerungsgruppen: junge und alte nicht (mehr) verheiratete Personen als besonders gefährdet an. Auch in Berlin die Verübung von Selbstmord als vermeidbare Todesursachen und als „wichtiger Indikator für die Entwicklung des sozialen Umfeldes“ gesehen.¹³³

ZUSAMMENFASSUNG:

Mit der „Vermeidbarkeit“ vorzeitiger Todesfälle wird auch deren soziale Komponente sichtbar: So ist für die kreislaufbedingte Sterblichkeit ein deutlicher Schichtgradient bekannt, ebenso für größtenteils lebensstilbedingte Todesursachen wie Lungenkrebs oder – wenn auch mit widersprüchlichen wissenschaftlichen Ergebnissen - alkoholinduzierte Leberkrankheiten. Auch für den Tod durch eigene Hand lassen sich vulnerable Bevölkerungsgruppen identifizieren.

- **Die Sterblichkeit der Nürnberger Männer und Frauen zwischen 2004 und 2008 im Alter von 35 bis 64 Jahren an der koronaren (ischämischen) Herzkrankheit entsprach im Wesentlichen auch der bayerischen Entwicklung: Diese bestand bei den Männern in einem leichten Rückgang, bei den Frauen in einer relativ stabil gebliebenen Tendenz. Allerdings lagen die Nürnberger Werte stets über den bayerischen.**
- **So ist auch die Sterblichkeit am akuten Herzinfarkt in Nürnberg längerfristig gegenüber dem Land Bayern erhöht. Die Gründe hierfür wurden in der Vergangenheit vielfach, aber nicht abschließend diskutiert und untersucht. Auch die Rolle für Nürnberg spezifischer möglicherweise sozioökonomischer Einflussfaktoren auf die Sterblichkeit ist noch nicht geklärt. Zu beachten wäre eine aus wissenschaftlichen Untersuchungen bekannte quantitative Unterschätzung weiblicher Herzinfarktpatientinnen und deren diagnostische und**

¹³¹ Fiedler, G.: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland, Hamburg 2003, S. 2

¹³² vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, a.a.O. S. 174/175, 180

¹³³ Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hrsg.): Gesundheit – Hohenschönhausen im Vergleich der Bezirke, Berlin 1996, S. 50

therapeutische Fehleinschätzung. Inwieweit diese auch für Nürnberg zutrifft, kann hier nicht beurteilt werden. Wohl aber konnten die Ergebnisse aus der Beteiligung Nürnbergs am Augsburger Herzinfarktregister (2000-2002) bestätigen, dass die Kontaktaufnahme mit der Notfallmedizin vor allem von alleine lebenden Frauen oft verzögert wurde, weil niemand zugegen war, um medizinische Hilfe zu holen. Auch für Schlaganfallpatientinnen wurde Ähnliches aus Berlin berichtet, wonach viele Patientinnen zu spät die Klinik erreichten, ein niedriges Bildungsniveau aufwiesen, die Symptome nicht kannten, und – wie auch beim Herzinfarkt – alleine lebten und den Rettungsdienst nicht alarmierten.

- Die Todesursache „Lungenkrebs“ ließ sich aufgrund der Datenaufbereitung nicht als Einzeldiagnose betrachten und kann daher auch nicht mit den bayerischen Werten verglichen werden. Lungenkrebs gehört zu den wenigen Krebslokalisationen, bei denen der Hauptrisikofaktor – das Rauchen - bekannt ist, das einem deutlichen sozialen Gradienten folgt, der bis ins hohe Alter bestehen bleibt. Die Sterblichkeit an Krebserkrankungen der Atmungsorgane - einschließlich Lungenkrebs - hat sich in Nürnberg zwischen 2004 und 2008 leicht verändert und verlief dem bundesdeutschen Trend der Sterblichkeit und auch des Tabakkonsums – entsprechend: Während die Mortalität der Männer rückläufig war, ist die der Frauen angestiegen.
- Die Deutsche Herz-Kreislauf-Präventionstudie (DHP) kam zu dem Ergebnis, dass der soziale Gradient des Alkoholkonsums nicht invers verläuft, d.h. dass in höheren sozialen Schichten von Männern und Frauen mehr getrunken wird, mit Ausnahme des Biers bei den Männern. Trotz der allgemeinen gesellschaftlichen Akzeptanz des Alkoholkonsums gibt es viele Hinweise darauf, dass ein – direkter oder indirekter - alkoholbedingter Tod in den ärmeren Bevölkerungsschichten häufiger ist. Unter den 15-74 jährigen Nürnberger Männern nahmen Todesfälle durch eine Leberkrankung zwischen 2004 und 2008 ab, bei den gleichaltrigen Frauen blieb sie annähernd gleich. Damit folgte die Entwicklung in Nürnberg dem bayerischen Trend. Allerdings waren Todesfälle durch eine Lebererkrankung bei Männern und Frauen häufiger als in Bayern.
- Nach den Angaben auf der Todesbescheinigung starben 2008 in Nürnberg 70 Menschen durch eigene Hand. Dies waren 44,3 % der nicht krankheitsbedingten Todesfälle. Bezogen auf 100.000 Einwohner waren es 17,7 Männer und 5,4 Frauen. Im Zeitraum 2000-2008 war die Suizidsterblichkeit der Männer in Nürnberg und Bayern rückläufig, während sich die der Nürnberger Frauen wenig verändert hat und die der bayerischen Frauen leicht zurückging. Männer verüben häufiger Selbstmord als Frauen. Dies war auch in Nürnberg der Fall. Hier bestand 2008 eine Relation der Sterbeziffern von Männern und Frauen von 2:1 (Bayern: 2007 3,4:1). Allerdings war die Suizidsterblichkeit der Nürnberger Männer und Frauen höher als in Bayern. Obwohl mit einer hohen Dunkelziffer gerechnet werden muss, und es keine amtlichen Daten zu Suizidversuchen gibt, lassen sich als bei sowohl bei vollendeten Selbstmorden als auch bei –versuchen nicht (mehr) verheiratete Personen als vulnerable Gruppe identifizieren, die im Falle der Selbstmordversuche in jüngeren, im Fall vollendeter Selbstmorde in erster Linie in älteren Jahrgängen überwiegen.

7. Inzidenzen der Tuberkulose (TBC)

Tuberkulose ist in der Bundesrepublik seit 50 Jahren rückläufig, bis 1990 war sie es auch weltweit. Seither steigt sie wieder um jährlich bis zu 10 % weltweit. Durch Migrationsbewegungen, vor allem von Flüchtlingen aus schlechten sozioökonomischen Verhältnissen, wird die Entstehung und Ausbreitung der Tuberkulose gefördert. Zudem bilden gegen die herkömmliche Therapie resistente Erreger, die vor allem in den Nachfolgestaaten der Sowjetunion entstehen, ein zunehmendes Problem auch in der Bundesrepublik.¹³⁴ Nach wie vor sind in der Bundesrepublik Menschen in schwierigen Lebensverhältnissen besonders gefährdet, sowie Personen, die schon eine Infektion durchgemacht hatten und Personen mit einer Schwächung des Immunsystems.¹³⁵

Tuberkulose wird aerogen (über die Luft) durch Bakterien übertragen. Die Krankheit nimmt unbehandelt einen langen und schweren Verlauf, der sich in Appetitverlust, Nachtschweiß und Husten äußert. Um die Infektionskette zu unterbrechen, ist eine möglichst frühzeitige Diagnose sowie eine rasch folgende und konsequent durchgeführte Therapie nötig. Männer erkranken, vor allem in höherem Lebensalter, häufiger als Frauen. Am häufigsten erkranken Kinder unter 5 Jahren, junge Erwachsene zwischen 25 und 29 Jahren und ältere Personen ab 50 Jahren.¹³⁶

„Begünstigende Faktoren für die Ausbreitung der Tuberkulose sind eine schlechte medizinische Versorgung, rasches Bevölkerungswachstum unter Bedingungen von Armut, Krieg, Migration sowie HIV-Infektion“.....Obwohl es „in Deutschland und vergleichbaren Industriestaaten durch die allgemeine Verbesserung der Lebensumstände schon vor der Ära der Chemotherapie zu einem deutlichen Rückgang der Tuberkulose-Erkrankungen kam,.....unterliegen Einheimische aus sozial benachteiligten Gesellschaftsschichten auch in Deutschland einem höheren Erkrankungsrisiko.“¹³⁷

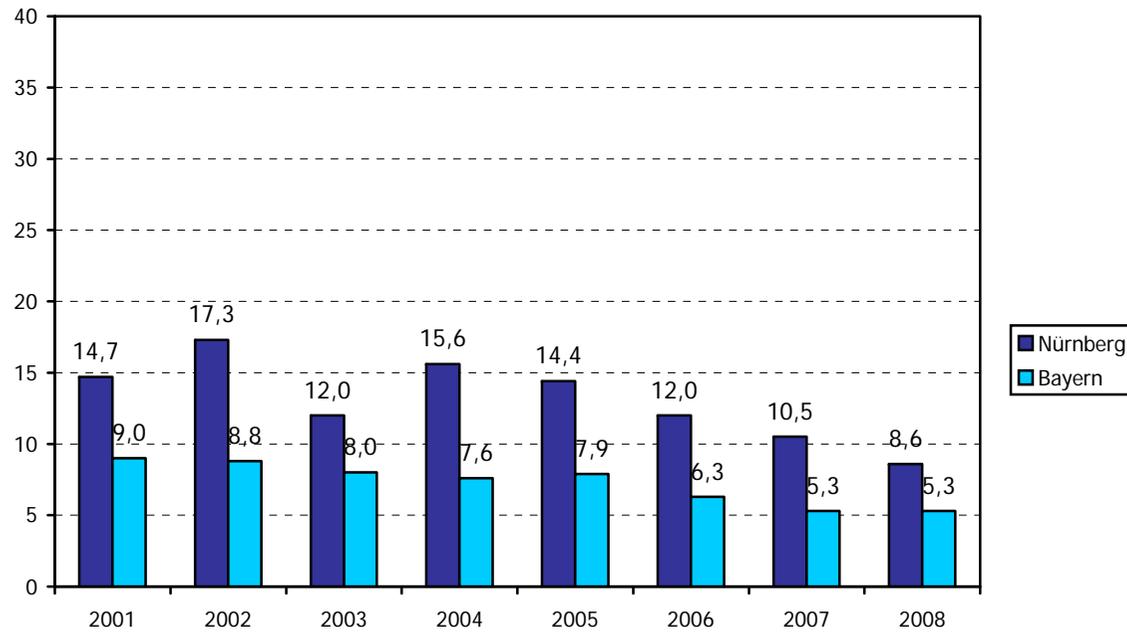
¹³⁴ vgl. ders.:a.a.O. S. 179 und Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, a.a.O. S. 54-55

¹³⁵ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Tuberkulose, GBE des Bundes, Heft 35, Berlin 2006, S. 7

¹³⁶ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, a.a.O. S. 175-177

¹³⁷ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Tuberkulose, Berlin 2006, S. 19

Abb. 7 Tuberkulose – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), Datenstand 1.3.2009

Die Inzidenzen für Tuberkulose entwickelten sich zwischen 2001 und 2008 in Nürnberg, wie auch in Bayern, unspektakulär. Seit 2004 lässt sich hier wie dort eine abnehmende Tendenz feststellen.

Stets aber war die Inzidenz der Nürnberger Bevölkerung etwa doppelt so hoch als die der bayerischen. So wurden 2008 in Nürnberg 8,6 und in Bayern 5,3 Fälle je 100.000 EinwohnerInnen gemeldet.

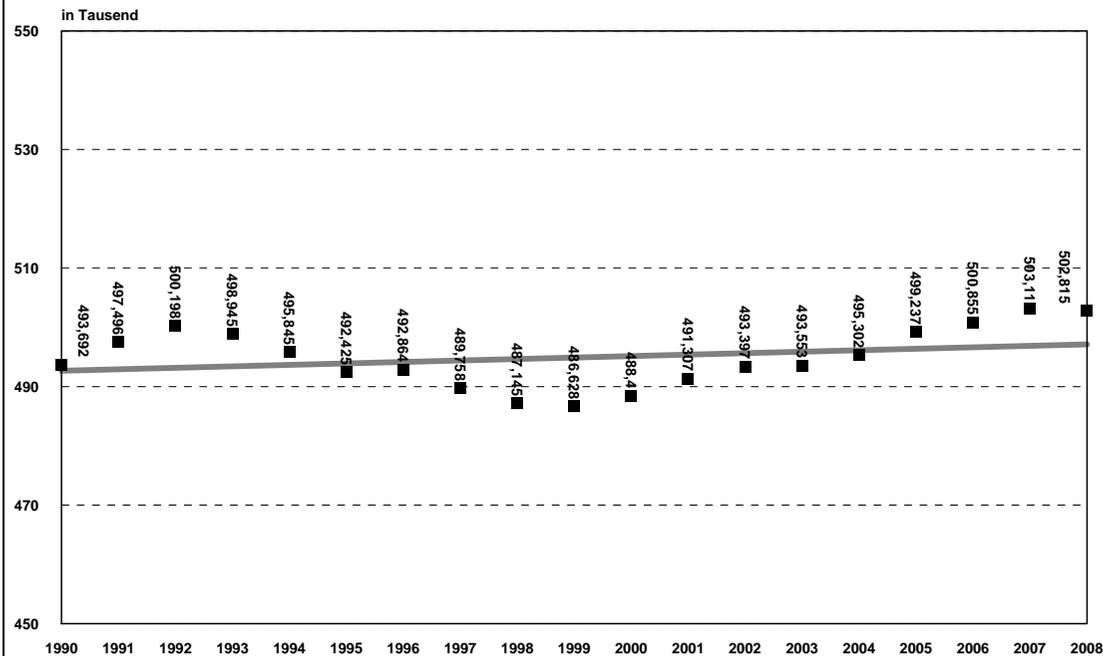
Fälle 2008:

Teil II. Indikatoren, die Hintergrund- und Basisinformationen zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung liefern

1. Daten zur Bevölkerung

1.1. Einwohnerzahl

**Abb. 1.1: Entwicklung der Gesamteinwohnerzahl Nürnbergs 1990-2008
(am Ort der Hauptwohnung jeweils am 31.12.)**



Quelle:

Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2008, S. 29 und Statistischer Monatsbericht für Dezember 2008, S. 1

Die Gesamteinwohnerzahl gibt Auskunft darüber, ob es sich um eine „wachsende“ oder um eine „schrumpfende“ Stadt handelt. „Wachstum“ wirkt sich positiv auf die Steuereinnahmen der Stadt aus, schafft aber auch zunehmende Umwelt- und Gesundheitsbelastungen. Eine „schrumpfende“ Stadt kann wirtschaftliche Nachteile und wachsende soziale Probleme mit sich bringen, bietet aber auch Möglichkeiten für eine ökologische Entspannung.¹³⁸

Nürnberg kann als eine leicht „wachsende“ Stadt bezeichnet werden: Nachdem die Einwohnerzahl seit dem Jahr 1993 unter die Halbmillionengrenze gefallen war, stieg sie ab 2000 wieder an, so dass Nürnberg seit 2006 wieder über etwas mehr als 500.000 Einwohner verfügt. Zum Jahresende 2008 hatten 502.815 Personen ihre Hauptwohnung in Nürnberg.

Der in der Tendenz anhaltende Bevölkerungszuwachs ist auf eine positive Wanderungsbilanz gegenüber Bayern wie auch gegenüber der übrigen BRD zurückzuführen, bei einem gleichzeitig ausgeglichenen Wanderungssaldo gegenüber dem Umland.¹³⁹

Laut Bevölkerungsprognose 2006-2026 des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung Variante 4b1 ist mit einem leichten Zuwachs der Bevölkerung von 3,1% zwischen 2006 und 2026 zu rechnen. Dies entspräche einer Einwohnerzahl von etwa 516.500.¹⁴⁰

¹³⁸ vgl. Süß, W./ Podszweit, U.: Integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung: Profile von 35 Kernindikatoren, in: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Iögd NRW (Hrsg.): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen a.a.O: S. 113-155, S, 117

¹³⁹ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistischer Monatsbericht für Dezember 2008, S. 1

¹⁴⁰ www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 10.6.2009 Indikator 02.12

1.2. Altersstruktur der Bevölkerung

Tab. 1.2: Bevölkerung nach Altersgruppen 2008

	Kinder, Jugendliche bis 17 J.	Personen im Erwerbsalter (18-64 J.)	ältere Menschen (65 –79 J. J.)	Hochbetagte (80 J. u. mehr)
Nürnberg	14,8	64,5	15,4	5,3
Fürth	17,0	64,2	14,3	4,5
Erlangen	16,0	65,0	13,7	5,3
München	14,7	67,6	13,3	4,3
Bayern	17,6	63,0	14,6	4,8

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 11.5.2010, Indikator 02.07, eigene Berechnungen

Die Differenzierung der Bevölkerung nach der Altersstruktur dient der Diskussion um die kommunale Infrastruktur, insbesondere für bestimmte Zielgruppen wie Vorschul-, Schulkinder, Alte, Auszubildende, Erwerbsbevölkerung.¹⁴¹

Im regionalen Vergleich hatte Nürnberg im Jahr 2008 mit 14,8 % – zusammen mit München (14,7 %) - einen relativ niedrigen Anteil von Kindern und Jugendlichen, der auch unter dem bayerischen Wert von 17,6 % lag. Der Anteil der Bevölkerung im Erwerbsalter war in den größeren Städten des mittelfränkischen Verdichtungsraumes mit etwa 64 % vergleichbar und lag über dem bayerischen Durchschnitt von 63 %.

Innerhalb der verglichenen Städte wies Nürnberg aber auch den höchsten Anteil älterer Einwohner im Rentenalter auf (20,7 %) auf. Dies galt sowohl für die jüngeren Senioren zwischen 65 und 79 (15,4 %) als auch – wie in Erlangen – für die hochbetagten EinwohnerInnen (jeweils 5,3 %).

¹⁴¹ vgl. Süß, W./ Podszuweit, U.: a.a.O. S. 121

1.3. Der sog. „Alterungsprozess“

Tab. 1.3 Jugend- und Altenquote 2008 und Vorausberechnung 2006-2026 Regionalvergleich

	Jugendquotient*		Altenquotient**	
	2008	2026	2008	2026
Nürnberg	23,0	22,4	32,0	36,7
Fürth	26,5	25,0	29,3	36,6
Erlangen	24,6	24,8	29,3	34,9
München	21,7	22,6	26,2	27,9
Bayern	28,0	25,5	30,7	38,7

* Jugendquotient: Zahl der bis 17 Jährigen je 100 18-64 Jährige

** Altenquotient: Zahl der über 65 Jährigen je 100 18-64 Jährige

Quelle: . www. lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 11.5.2010
Indikator 02.12 und 02.07

Jugend- und Altenquote – zusammen auch Gesamtlastenquote genannt – ergeben einen rechnerischen Anhaltspunkt für das Verhältnis von Bevölkerungsgruppen, die rein altersbedingt normalerweise noch nicht (im Alter bis 17 Jahre) oder nicht mehr im Erwerbsleben stehen (ab 65 Jahre), zur Bevölkerung im Erwerbsalter (18 bis 64 Jahre). Diese Relation kann sich einerseits auf die Höhe der kommunalen Steuereinnahmen sowie auf die von der Kommune zu erbringenden Leistungen auswirken und beeinflusst dadurch mittelbar auch die Lebensqualität in der Stadt. Je kleiner die Quote ist, desto günstiger ist das rechnerische Verhältnis zwischen „unproduktiven“ und „produktiven“ EinwohnerInnen.

Nürnberg hatte im Verhältnis zur Bevölkerung im Erwerbsalter wenig Kinder und Jugendliche: Die Jugendquote Nürnbergs war im Jahr 2008 mit 23,0 niedriger als die Fürths, Erlangens und Bayerns. Nur die Jugendquote Münchens war noch niedriger (21,7). In Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter war hingegen der Anteil älterer Leute hoch: Nürnberg hatte die höchste Altenquote der verglichenen Städte (32,0), die zugleich auch höher war als der bayerrische Wert von 30,7.

Auf der Basis der Bevölkerungsprognose 2006-2026 des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung, Variante 4b1, ist mit Ausnahme Erlangens und vor allem Münchens ein Sinken des Jugendquotienten zu erwarten, sowie ein Anstieg des Altenquotienten in allen verglichenen Städten und in Bayern. Dies bedeutet eine Fortsetzung des sog. „Alterungsprozesses“ der Bevölkerung: Der „abhängige“ Teil der Bevölkerung, zusammengesetzt aus Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen ab 65 Jahren, ändert seine Zusammensetzung zugunsten der Älteren; die „Gesamtlast“ selbst wird in etwa gleich bleiben.¹⁴²

¹⁴² Bayer. Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe GBE-Praxis 3, Erlangen, 2005, S. 8

Kommentar: Die Lastenquotienten Nürnbergs bilden den oft beschriebenen „Alterungsprozess“ der Bevölkerung etwas deutlicher ab als in den anderen Vergleichsstädten und Bayern. Dieser demographische Prozess ist nicht auf Nürnberg beschränkt. Seine Hauptursachen sind die seit Mitte der siebziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts bestehende geringere Geburtenzahl und der Anstieg der Lebenserwartung.¹⁴³

Bei der Interpretation der Prognose für die Lastenquotienten gilt, wie für jede andere Bevölkerungsprognose, dass ihre „Qualitätabhängig ist von dem Prognosemodell, den Ausgangsdaten sowie den Prognoseannahmen“, sowie vom tatsächlichen Eintreten der angenommenen Tendenzen.¹⁴⁴

1.4. Zusammensetzung der Einwohner nach der Herkunft

MigrantInnen (Personen, die selbst oder deren Eltern zugewandert sind), sind zum einen häufiger den Risiken der Einkommensarmut ausgesetzt, sehen sich oft vor sprachlichen oder kulturellen Barrieren im Krankheits- und Gesundheitsverständnis und sind oft nicht zuletzt durch ihren Lebenslauf oder die Familiengeschichte besonderer psychosozialer Belastung ausgesetzt.¹⁴⁵ „Gesundheitsunterschiede zwischen MigrantInnen und Deutschen sind aber immer vor dem Hintergrund kultureller Besonderheiten und der sozialen wie gesundheitlichen Lage in dem jeweiligen Herkunftsland zu sehen. Aus diesem Grund lässt sich nicht generell von einer schlechteren Gesundheit ausgehen.“¹⁴⁶

¹⁴³ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 18/19

¹⁴⁴ www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 10.6.2009, Kommentar zu Indikator 02.12

¹⁴⁵ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit, a.a.O. S. 128

¹⁴⁶ a.a.O. S. 150

1.4.1. AusländerInnenanteil

Tab. 1.4.1: AusländerInnenanteil 2008 im Regionalvergleich

	Anzahl
Nürnberg	16,8
Fürth	14,9
Erlangen	15,1
München	23,4
Bayern	9,4

Quelle: www. lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 11.5.2010, Indikator 02.5

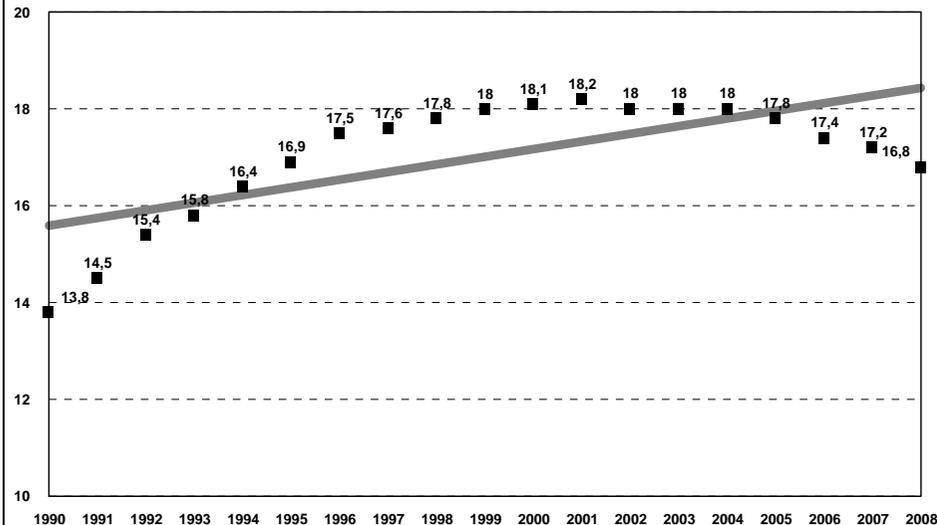
Der Anteil der AusländerInnen an der Gesamtbevölkerung, insbesondere nach der Nationalität, gibt Hinweise auf konkrete Handlungsfelder,¹⁴⁷ und so auch auf die Identifikation von Zielgruppen für die Gesundheitsförderung.

Im Jahr 2008 waren 16,8 % der NürnbergerInnen ausländischer Staatsangehörigkeit. Innerhalb der Städte des mittelfränkischen Verdichtungsraumes war dies der höchste Anteil. Er war einerseits deutlich höher als der bayerische Wert (9,4 %), gleichzeitig aber geringer als der Ausländeranteil Münchens (23,4 %). War in Nürnberg nicht einmal jeder fünfte Einwohner anderer als deutscher Nationalität, war es in München beinahe jeder Vierte.

¹⁴⁷ vgl. Süß, W./ Podszuweit, U.: a.a.O. S. 120

1.4.2. Längerfristige Entwicklung des AusländerInnenanteils

Abb. 1.4.2 Entwicklung des AusländerInnenanteils in Nürnberg 1990-2008



Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistische Jahrbücher der Jahrgänge 1991-2009

Seit 1990 stieg der AusländerInnenanteil an der Bevölkerung Nürnbergs an und ist seit 2001 wieder rückläufig. Neben den Auswirkungen der veränderten Gesetzgebung zur Staatsangehörigkeit ist dies auch auf Wanderungsverluste von AusländerInnen gegenüber dem Ausland zurückzuführen.¹⁴⁸

In Nürnberg lebten 2008 84.456 AusländerInnen, von denen 34,9 % aus Mitgliedsstaaten der EU (Stand 1.1.07) stammten, weitere 47,2 % aus anderen europäischen Staaten, 17,8 % aus anderen Kontinenten oder mit ungeklärter Staatsangehörigkeit. Am stärksten waren in Nürnberg die Türken mit 22,6 % und die Griechen mit 9,9 % aller AusländerInnen vertreten.¹⁴⁹

9,5 % der ausländischen Bevölkerung war unter 15 Jahre alt, 80,3 % zwischen 15 und 64 Jahren. Der Anteil von Menschen im Rentenalter ab 65 Jahren betrug in der ausländischen Bevölkerung 10,2 %, in der deutschen Bevölkerung hingegen 22,7 %¹⁵⁰, d.h. er war in der deutschen Bevölkerung 2,2 mal so hoch.

Kommentar: Der Indikator „Ausländeranteil“ sagt nur zum Teil etwas über die Herkunft einer Person aus, da er auf der Staatsangehörigkeit und nicht auf dem Migrationshintergrund basiert. So werden die deutschstämmigen Bevölkerungsgruppen nicht erfasst, die aus den Gebieten der ehemaligen Sowjetunion eingewandert sind¹⁵¹ und Kinder ausländischer Eltern, die mit ihrer Geburt als deutsche Staatsangehörige registriert werden, sobald ihre zugewanderten Eltern bestimmte Kriterien erfüllen.¹⁵² Das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth berechnete 2007 und 2008 für Nürnberg den Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Deutsche mit Migrationshintergrund und Einwohner mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit). Ihr Anteil betrug 2007 45,6 % und 2008 46,3 %. Vor diesem Hintergrund erscheint migrationssensible Gesundheitsversorgung nicht mehr als Minderheitenproblem, sondern wird zum zentralen Element der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung.

¹⁴⁸ Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistischer Monatsbericht für Dezember 2008, S. 1

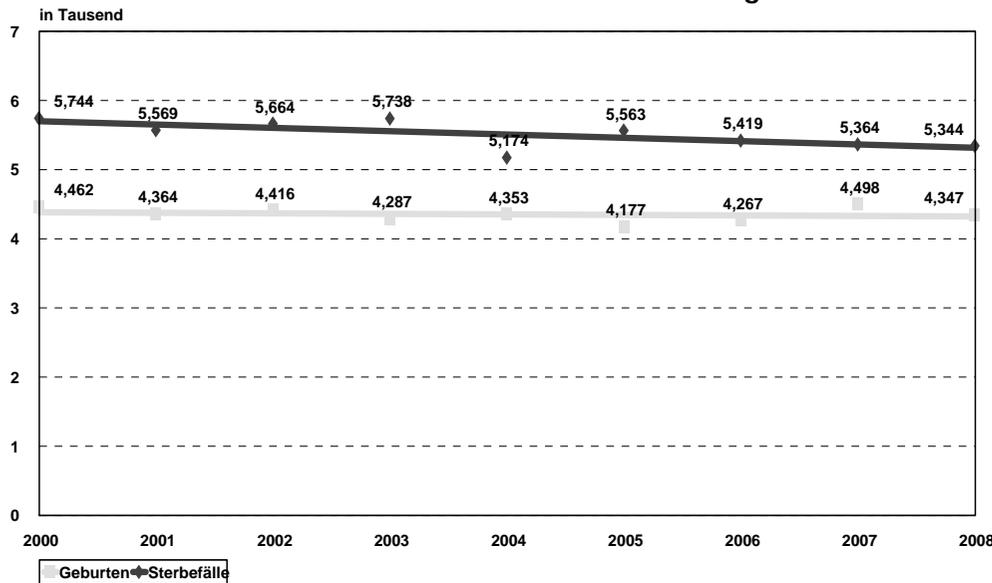
¹⁴⁹ ders. (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2009, S. 41

¹⁵⁰ a.a.O.: S. 37

¹⁵¹ vgl. Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch 2008 S. 36/ 37

1.5. Geburten und Sterbefälle

Abb. 1.5: Anzahl der Geburten und Sterbefälle in Nürnberg 2000-08



Quelle: das Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth, Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2009, S. 47

Der Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung ist in Nürnberg - wie in den meisten anderen Städten auch - seit langem negativ. Im Jahr 2008 starben in Nürnberg 5.344 Personen. Dies waren 997 Menschen mehr als geboren wurden.

2008 wurden 4.347 Kinder geboren. 302 dieser Kinder (6,9 %) hatten eine ausländische Staatsangehörigkeit. Gegenüber 272 Sterbefällen ausländischer StaatsbürgerInnen bedeutet dies einen positiven Saldo von 30 Personen.

In der Tendenz nahm die Zahl der Sterbefälle zwischen 2000-2008 ab, während die Zahl der Geburten annähernd gleich geblieben ist.

¹⁵² Gesundheitsamt der Stadt Nürnberg, (Hrsg.): Mortalität in Nürnberg, 2004, S. 9

Kommentar: In Nürnberg besteht langfristig - seit dem Beginn der 70er Jahre des vergangenen Jahrhunderts - ein negativer Saldo der natürlichen Bevölkerungsbewegung, wie dies auch bundesweit der Fall ist¹⁵³. Der kurzfristige Zuwachs an Geburten in den letzten Jahren konnte diesen Trend nicht ausgleichen. Die Gründe für den negativen Geburtensaldo sind auf Veränderungen in der Familienstruktur, auf einen Wertewandel in der Gesellschaft sowie auf eine steigende Lebenserwartung zurückzuführen. Dies ist ein säkularer Prozeß, wie er auch in allen anderen entwickelten Industriegesellschaften stattgefunden hat (der sog. 2. demographische Übergang).¹⁵⁴

1.6. Reproduktion

Tab. 1.6: Geburten je 1.000 Frauen zwischen 15 und 44 Jahren 1990-2008 (Allg. Fruchtbarkeitsziffer)

	1990	1995	2000	2005	2007	2008	Bayern 2008
Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer	48	43	45	41	44	42	44

Die **Allgemeine Fruchtbarkeitsziffer** gibt die Anzahl der Geburten je 1.000 Frauen im „gebärfähigen Alter“ zwischen 15 und 44 (bzw. 49) Jahren wieder. In ihr spiegeln sich allerdings Unterschiede in der Zusammensetzung der Bevölkerung und in der Altersstruktur der Frauen.

Im längerfristigen Trend ist die Geburtenhäufigkeit in Nürnberg leicht rückläufig: Je 1.000 Frauen im „gebärfähigen Alter“ wurden 48 Kinder im Jahr 1990, 42 Kinder im Jahr 2008 geboren. Dies war weniger als in Gesamtbayern (44).

Quelle: Amt für Stadtforschung und Statistik der Stadt Nürnberg (Hrsg.): Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2004, S. 45 und 2007, S. 51, eigene Berechnungen aus dem Statistischen Jahrbuch 2008, S. 35 und 46, 2009, S. 35-37, 46

Kommentar: Die kleiner werdende Geburtenziffer spiegelt den gesamtgesellschaftlichen Prozess einer abnehmenden Geburtenneigung wieder, wie er für entwickelte Industriegesellschaften charakteristisch ist.

¹⁵³ vgl. Daten des Gesundheitswesens 2001, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn 2001, S. 32

¹⁵⁴ vgl. **SIENGRIST, J.:** Medizinische Soziologie, München/Wien/Baltimore, 1995, S. 33-42 und Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, S. 12

ZUSAMMENFASSUNG:

Aufgrund der längerfristigen Entwicklung der Einwohnerzahl kann Nürnberg als eine leicht „wachsende“ Stadt bezeichnet werden: Seit 2006 hat die Einwohnerzahl wieder auf die Schwelle zur Halbmillionenstadt überschritten. Zum Jahresende 2008 hatten 502.815 Personen ihren Hauptwohnsitz in Nürnberg. Die positive Bevölkerungsbilanz beruht auf einem Wanderungsgewinn gegenüber Bayern wie auch gegenüber dem Bundesgebiet.

Innerhalb der nächsten Jahre muss entsprechend der demographischen Entwicklung – wie in anderen Städten auch mit einem höheren Bevölkerungsanteil im fortgeschrittenen Alter rechnen: Nürnberg hatte 2008 im Verhältnis zur Bevölkerung im Erwerbsalter (18-64 Jahre) wenig Kinder und Jugendliche. Auf der Basis der Bevölkerungsprognose 2006-2026 des Bayerischen Landesamtes für Statistik und Datenverarbeitung zeichnet sich ab, dass mit einer weiteren Abnahme zu rechnen ist. Gleichzeitig wird der Anteil von Personen im Rentenalter in Relation zur Bevölkerung im Erwerbsalter ansteigen. Dies bedeutet dass der „abhängige“ Teil der Bevölkerung, zusammengesetzt aus Kindern, Jugendlichen und älteren Menschen ab 65 Jahren relativ stabil bleiben, seine Zusammensetzung aber zugunsten der Älteren verändern wird.

16,8 % der NürnbergerInnen waren 2008 ausländischer Staatsangehörigkeit, unter ihnen waren Einwohner türkischer und griechischer Herkunft am häufigsten vertreten. Betrachtet man nicht nur die Staatsangehörigkeit, sondern auch die Deutschen, die selbst oder deren Eltern in der Vergangenheit aus dem Ausland stammen, beträgt nach Berechnungen des Amtes für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth der Anteil der Bevölkerung mit Migrationshintergrund (Deutsche mit Migrationshintergrund und Einwohner mit einer anderen als der deutschen Staatsangehörigkeit) im Jahr 2008 46,3 %. Gesundheitsförderung für MigrantInnen erscheint nun nicht mehr als Minderheitenproblem, sondern wird zum ein Hauptbestandteil der allgemeinen gesundheitlichen Versorgung.

2. Sterblichkeit

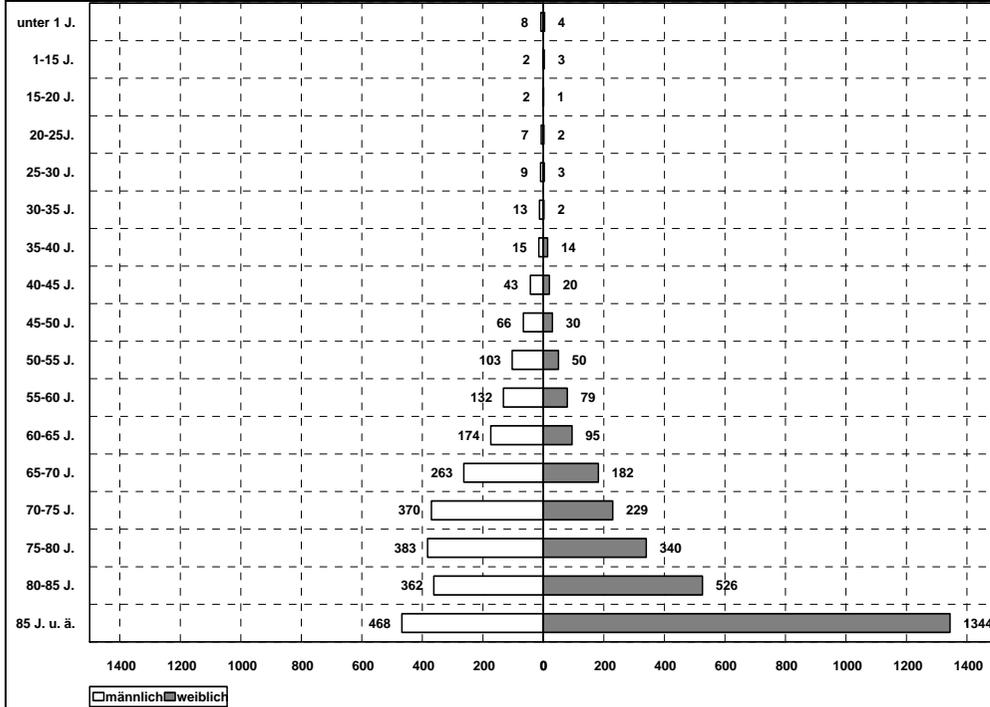
Die allgemeine Sterblichkeit gilt als einer der umfassendsten Indikatoren für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie einzelner Bevölkerungsgruppen. In ihr kommt die Summe aller Einflüsse zum Tragen, die das Leben verlängern oder verkürzen können.¹⁵⁵ Wissenschaftliche Studien weisen immer wieder auf den Einfluss, den die sozioökonomischen Rahmenbedingungen und die soziale Schicht auf die Höhe der Sterblichkeit haben können.¹⁵⁶ Die Daten zur allgemeinen Sterblichkeit entstammen der amtlichen Einwohner- und der Todesursachenstatistik.

¹⁵⁵ Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Stadt-Diagnose – Gesundheitsbericht Hamburg 1992, S. 77

¹⁵⁶ vgl. MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000, S. 362-366

2.1. Sterbefälle nach Alter und Geschlecht

Abb. 2.1 Anzahl der Sterbefälle in Nürnberg nach Alter und Geschlecht 2008



Durchschnittlich starben zwischen 2000 und 2008 jährlich 5.508 Personen. Das Jahr 2008 verzeichnete 5.344 Todesfälle, darunter 2.924 Frauen und 2.420 Männer.

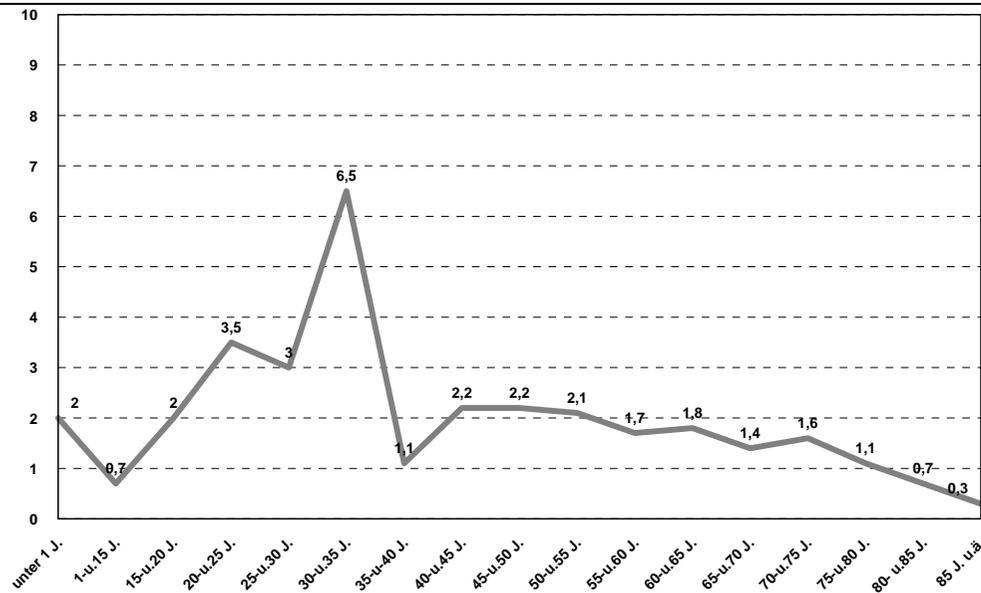
In fast allen Altersgruppen starben mehr Männer als Frauen. 2008 entfielen 1,8 verstorbene Frauen auf einen verstorbenen Mann. Erst ab dem Alter von 80 Jahren schwand diese sog. „Übersterblichkeit“ der Männer. So waren die bis ins hohe Alter überlebten Frauen in der Überzahl: Rein rechnerisch 2,3 Sterbefälle hochbetagter Frauen ab 85 Jahren auf einen männlichen Sterbefall.

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung; Todesursachenstatistik, zur Verfügung gestellt durch das Amt für Statistik und Stadtforschung der Stadt Nürnberg, eigene Berechnungen

Kommentar: Die Überzahl der verstorbenen Frauen liegt nicht nur in ihrem normalerweise etwas höheren Bevölkerungsanteil begründet. Auch befinden sich unter den älteren Menschen, die einem höheren Sterberisiko unterliegen, mehr Frauen als Männer, da die LE der Frauen höher ist.

2.2. Die „Übersterblichkeit“ der Männer

Abb. 2.2: Die „Übersterblichkeit“ der Männer - Todesfälle des Jahres 2008 in Nürnberg – geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis



* Geschlechtsspezifisches Mortalitätsverhältnis GMV = Quotient aus den Sterbefällen der Männer/100.000 männliche Einwohner und den Sterbefällen der Frauen/100.000 weibliche Einwohner * 100 (stand. Raten)

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Todesursachenstatistik, zur Verfügung gestellt durch das Amt für Statistik und Stadtforschung der Stadt Nürnberg, eigene Berechnungen

Setzt man die geschlechtsspezifische Sterblichkeit von Männern und Frauen zueinander in Beziehung, ergibt sich daraus das sog. „geschlechtsspezifische Mortalitätsverhältnis“. Berechnet für das Jahr 2008, zeigte sich auch in diesem Jahr mit Ausnahme der beiden höchsten Altersklassen die sog. „Übersterblichkeit“ der Männer.

Wie schon 2003¹⁵⁷ war der Überhang männlicher Todesfälle besonders deutlich im Alter zwischen 20-25 Jahren und mit einem weiteren Anstieg im Alter zwischen 30 und 35 Jahren. Ab dem Alter von 40-45 Jahren ging die männliche Übersterblichkeit langsam zurück. Die Zahl der Todesfälle in jungen Jahren bis zum Alter von 35 war mit 56 Fällen im Jahr 2008 zu gering, um den Einfluss des Zufalls ausschließen zu können.

In der Tendenz besteht die besonders hohe Übersterblichkeit junger Männer auch in Bayern.¹⁵⁸

Kommentar: Die sog. „Übersterblichkeit“ der Männer ist in jungen Jahren vor allem eine Folge riskanten Verhaltens im Straßenverkehr. Bei den älteren Männern hingegen wirken sich möglicherweise Probleme beim Übergang in den Ruhestand und die Folgen ungesunder Lebensweisen und -verhältnisse aus,¹⁵⁹ wozu auch die Auswirkungen gesellschaftlich bedingter Rollenbilder gehören.

¹⁵⁷ Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt (Hrsg.): Basisdaten zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung, Januar 2006, S. 12

¹⁵⁸ vgl. Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Regionale Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern, a.a.O. S. 9

¹⁵⁹ a.a.O. S. 9

3. Todesursachen

3.1. Spektrum der Todesursachen

Tab. 3.1: Die 10 häufigsten Todesursachen in Nürnberg 2003 und 2008 (%) – Hauptgruppen ICD 10*

Rang	Rangfolge der Todesursachen Männer		Rangfolge der Todesursachen Frauen	
	2003	2008	2003	2008
1	IX. 39,3	IX. 40,8	IX. 51,6	IX. 46,8
2	II. 29,6	II. 27,3	II. 22,6	II. 23,2
3	X. 7,7	X. 9,7	X. 6,4	X. 8,1
4	XI. 6,9	XI. 6,5	XI. 5,7	XI. 6,3
5	XIX. 4,9	XIX. 4,1	XIX. 2,5	V. 3,2
6	IV. 3,2	VI. 2,4	IV. 2,5	IV. 2,3
7	VI. 3,1	IV. 2,4	VI. 1,8	XIV. 2,3
8	V. 1,6	V. 2,3	XIV. 1,7	I. 2,1
9	I. 1,4	I. 2,0	V. 1,4	XIX. 2,0
10	XIV. 0,5	XIV. 1,3	I. 1,3	VI. 1,7
sonstige	1,8	1,2	2,5	2,0

ICD-Hauptgruppen (ICD 10):

I. Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten, **II.** Neubildungen, **IV.** Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten, **V.** Psychische und Verhaltensstörungen, **VI.** Krankheiten des Nervensystems, **IX.** Krankheiten des Kreislaufsystems, **X.** Krankheiten des Atmungssystems, **XI.** Krankheiten des Verdauungssystems,

XIV. Krankheiten des Urogenitalsystems, **XIX.** Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Statist. Berichte AIVV 3 j2008: Gestorbene in Bayern im Jahr 2008, eigene Berechnungen

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts hat sich das Spektrum der Todesursachen in den Industrienationen verschoben: Damals beherrschten Infektionskrankheiten, Mütter- und Säuglingssterblichkeit, aber auch Arbeitsunfälle das Sterbgeschehen. Heute stehen chronische Erkrankungen - an erster Stelle Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Neubildungen - im Vordergrund.

Die Rangfolge der vier wichtigsten Todesursachen blieb in Nürnberg zwischen 2003 und 2008 unverändert: Haupttodesursache war bei Männern und Frauen kreislaufbedingte Krankheiten, gefolgt von Todesfällen durch Neubildungen. An den beiden Haupttodesursachen starben im Jahr 2008 74,2% der Männer und 70,0% der Frauen. Wie schon 2003 folgten an dritter und vierter Stelle Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems.

Im Vergleich zu 2003 haben die Anteile kreislaufbedingter Todesursachen bei den Männern leicht zu- (+1,5 P.P.), bei den Frauen um 4,8 Prozentpunkte abgenommen. Umgekehrt ging der Anteil der Neubildungen bei den Männern um 2,3 Prozentpunkte zurück, während er bei den Frauen etwa gleich geblieben ist. Krankheiten des Atmungssystems haben als Todesursache an Bedeutung gewonnen, bei Männern (+2 Prozentpunkte) ebenso wie bei den Frauen (+1,7 Prozentpunkte). Der Anteil von Krankheiten des Verdauungssystems hat sich gegenüber 2003 bei Männern und Frauen nur wenig verändert.

Kommentar: Das bayerische Todesursachenspektrum 2007¹⁶⁰ unterschied sich wenig von dem Nürnbergs: An Krankheiten des Kreislaufsystems starben in Bayern 39,8% der Männer und 49,3% der Frauen. Der Anteil der (einschließlich gutartigen) Neubildungen betrug in Bayern 29,1% bei den Männern und 22,8% bei den Frauen. Auch in Bayern waren Krankheiten des Atmungsorgane mit 8,6% bei den Männern und 7% bei den Frauen sowie Krankheiten des Verdauungssystems (5,7% der Männer und 5,2% der Frauen¹⁶¹ die dritt- und vierthäufigste Todesursachen.

Zum Teil sind es unterschiedliche Krankheiten bei Frauen und Männern, die einen Einfluß auf die Lebenserwartung haben. Die Ursachen hierfür sind nur teilweise erforscht und umfassen sowohl biologische als auch soziale und verhaltensabhängige Faktoren.¹⁶²

Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung, Statist. Berichte AIVV 3 j2007: Gestorbene in Bayern im Jahr 2008, eigene Berechnungen

¹⁶⁰ Die Daten für 2008 lagen zur Drucklegung noch nicht vor.

¹⁶¹ www.gbe-bund.de, 23.6.2009

¹⁶² vgl. Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Lebenserwartung und Mortalität in Wien, Wien 2003, S. 117/118

3.2. Todesursachen im Lebenszyklus

Im **Lebenszyklus** verändert sich die Anfälligkeit für Krankheiten und Unfälle. Die Sterblichkeit und das Spektrum der Todesursachen sind daher auch ein Ausdruck biographischer Prozesse.

Im Jahr 2008 sind 17 Kinder unter 15 Jahren gestorben, 12 davon (70,6 %) bereits als Säuglinge. Wie auch schon im Jahr 2003, spielten daher Todesursachen, die im Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt entstanden, die größte Rolle (ICD-Hauptgruppe XVII.). 12 Jugendliche und junge Erwachsene starben im Alter zwischen 15 und 24 Jahren. 12 dieser Todesfälle, d.h. die Hälfte waren nicht krankheitsbedingt, d.h. sie entstanden durch Verletzungen, Vergiftungen und andere äußere Ursachen. Darunter waren 2 Transportmittelunfälle und 4 Selbstmorde. 2 junge Erwachsene starben auch an einer Neubildung. Auch 2003 herrschten nicht krankheitsbedingte Todesfälle in jungen Jahren vor (72,2 %). Die Daten sollten mit Vorsicht betrachtet werden, da sich aufgrund der geringen Anzahl der Todesfälle in den jüngeren Altersgruppen bereits geringe Veränderungen der Fallzahl deutlich auf die prozentualen Anteile der Todesursachen auswirken können.

Im jüngeren Erwachsenenalter zwischen 25 und 44 Jahren starben 2008 119 Personen. Auch dieser Altersgruppe blieben nicht krankheitsbedingte Todesursachen (Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen) im Vordergrund (27,1 %), wenn auch in geringerem Ausmaß als 2003 (33,4 %). Es folgten Neubildungen mit einem Anteil von 16,9%, der etwa gleich hoch war wie 2003 (16,0 %). Auch Krankheiten des Kreislaufsystems (15,3 %) traten in dieser Altersgruppe nun häufiger in Erscheinung.

729 Personen starben im Alter zwischen 45 und 64 Jahren. Neubildungen waren nun die häufigste Todesursache (41,1 %); kreislaufbedingte Todesursachen (25,4 %) gewannen ebenfalls quantitativ an Bedeutung. Eine ähnliche Relation zeigte sich im Jahr 2003 (42,7 % krebs- und 25,6 % kreislaufbedingte Todesfälle).

Im Alter zwischen 65 und 84 Jahren starben 2.655 Personen. Krankheiten des Kreislaufsystems (41,7 %; 44,9% im Jahr 2003) lösten hier die Neubildungen als Haupttodesursache ab. An einer Form des Krebses starben noch 29,9 % (gegenüber 29,5 % im Jahr 2003).

Bei den Hochbetagten ab 85 Jahren verstärkt sich diese Entwicklung weiter: 57,9 % der Todesfälle dieser Altersgruppe starben 2008 und 62,0 % 2003 kreislaufbedingt, an einer Neubildung verstarben nur noch 12,2 % (12,6 % 2003).

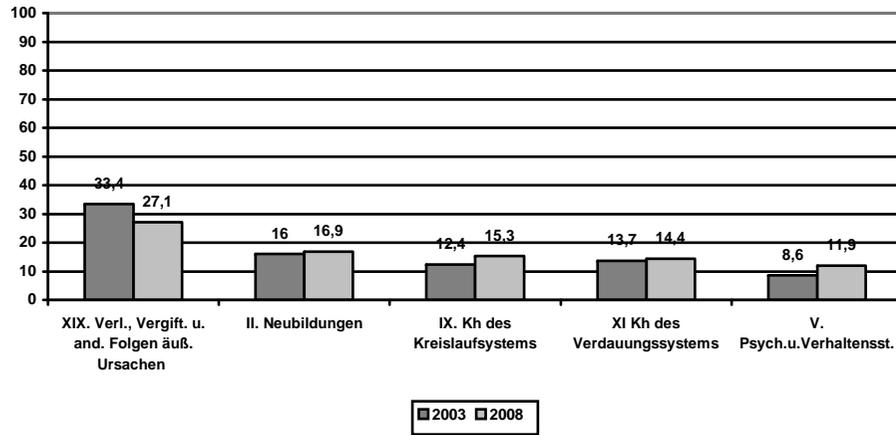
Auch bayernweit herrschte ein vergleichbares Muster der Todesursachen in den verschiedenen Lebensaltern.¹⁶³

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.gbe-bund.de, 23.6.2009

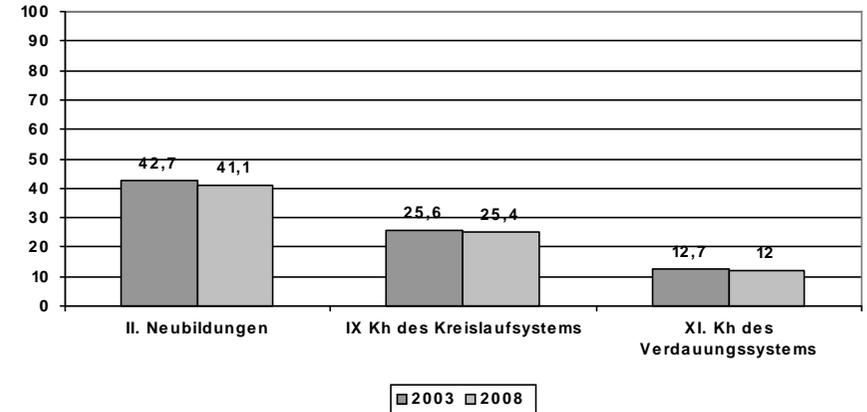
¹⁶³ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, a.a.O. S. 49, Gesundheitsmonitor Bayern 1/2008 Unfälle in Bayern, S. 12

Abb. 3.2: Die häufigsten Todesursachen 2003 und 2008 nach Altersgruppen in Nürnberg

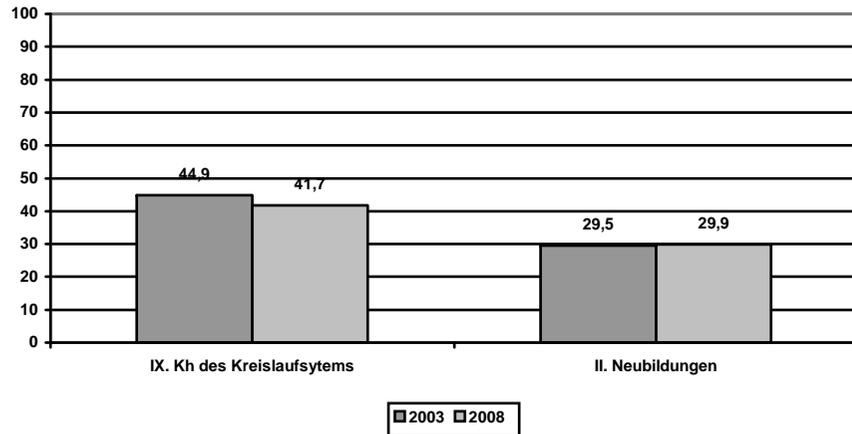
25-44 J.: 2003: n= 162, 2008: n=119



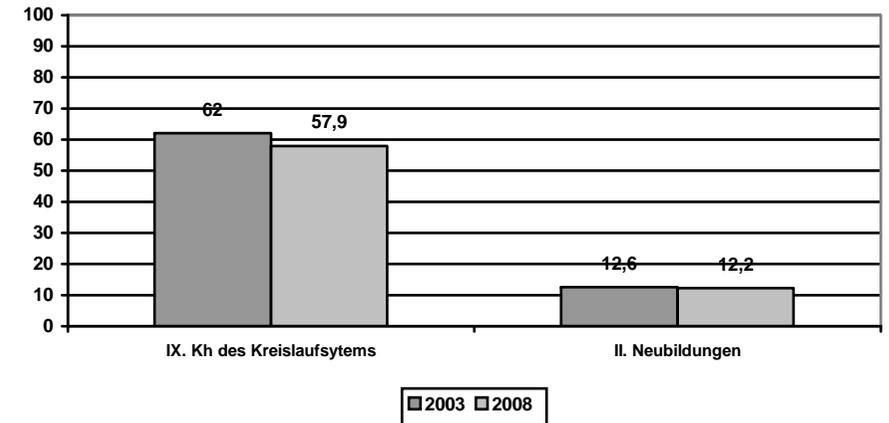
45-64 J.: 2003: n=874, 2008: n= 729



65-84 J.: 2003: n=2.870 2008: n= 2.655



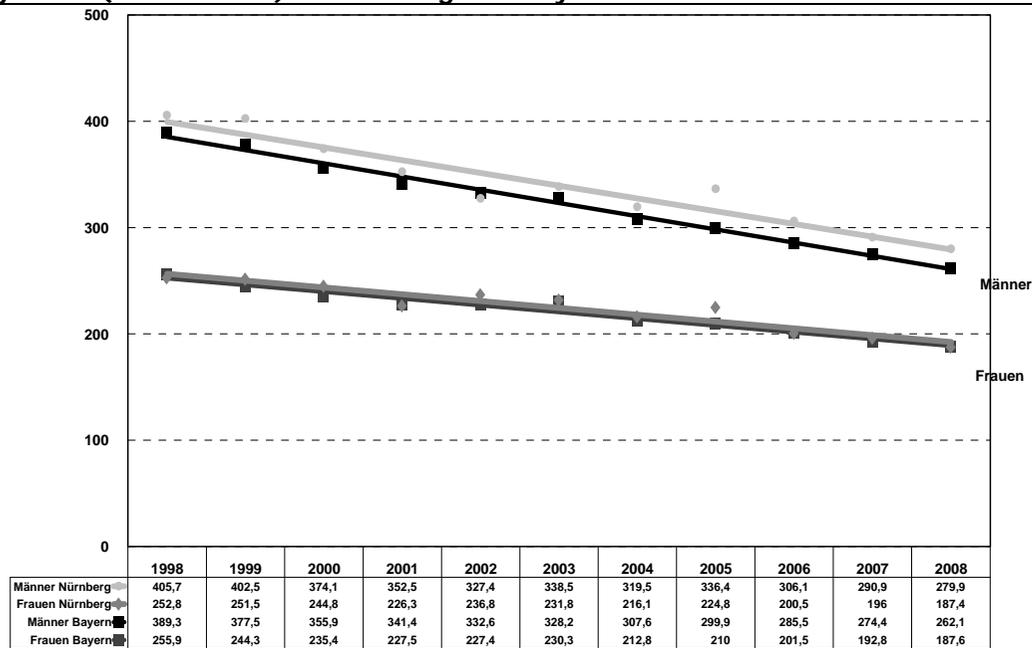
85 L. u.ä. : 2003: n=1.782, 2008: n=1.812



3.3. Langfristige Entwicklung wichtiger Todesursachen

3.3.1. Krankheiten des Kreislaufsystems (ICD 100-199)

Abb. 3.3.1: Verstorbene je 100.000* Einwohner an einer Krankheit des Kreislaufsystems (ICD 100-199) in Nürnberg und Bayern 1998-2008



Während des Jahrzehnts 1998-2008 ist die kreislaufbedingte Sterblichkeit in Nürnberg stets zurückgegangen. Seit den 1990er Jahren des vorigen Jahrhunderts war dies ein auch allgemein in der Bundesrepublik zu beobachtender Trend.¹⁶⁴

Im Jahr 2008 starben je 100.000 Einwohner 279,9 Männer und 187,4 Frauen. Das waren gegenüber dem Jahr 1998 125,8 Männer und 21,0 Frauen weniger. Im übrigen entsprach die Sterblichkeit der Frauen etwa der gesamt-bayerischen Entwicklung. Die Sterbeziffern der Nürnberger und wie auch der bayerischen Frauen waren stets deutlich und gleichmäßig niedriger als die der Männer, näherten sich dieser jedoch etwas an: Sterben 1998 noch 1,6 Männer je Frau an einer Krankheit des Kreislaufsystems, so waren es 2008 nur noch 1,5. Die Sterblichkeit der Nürnberger Männer war 1998-2008 stets und gleichmäßig gegenüber den bayerischen Werten erhöht.

Anzahl 2008: 987 Männer und 1.369 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.qbe-bund.de, 12.5.2010

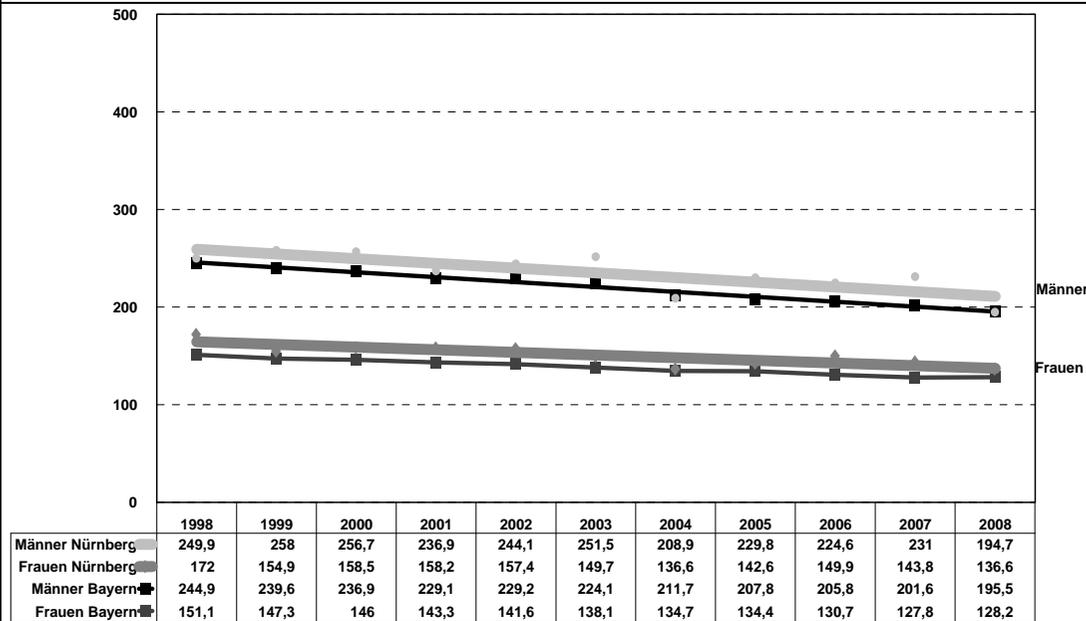
Kommentar: Diese Diagnosengruppe ist sehr heterogen und betrifft meist ältere Menschen.

Auch bundesweit war die kreislaufbedingte Sterblichkeit rückläufig: Im Jahr 2000 starben 292,5, im Jahr 2007 nur noch 223,3 je 100.000 BundesbürgerInnen daran.

¹⁶⁴ vgl. Robert-Koch.-Institut (Hrsg.): Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006, S. 23

3.3.2. Neubildungen (ICD C00-D48)

Abb.3.3.2: Verstorbene je 100.000 Einwohner an Neubildungen (ICD C00-D48) in Nürnberg und Bayern 1998-2008*



In Bayern - und so auch in Nürnberg - ist die Sterblichkeit von Männern und Frauen an Neubildungen (einschließlich gutartiger Neubildungen) zwischen 1998 und 2008 gesunken: Es starben in Nürnberg 2008 194,1 Männer und 136,6 Frauen je 100.000 Einwohner. Dies waren gegenüber 1998 55,2 Männer und 35,4 Frauen weniger.

Die Sterbeziffern der Nürnbergerinnen lag in diesem Zeitraum stets deutlich und gleichbleibend unter der Nürnberger Männer: Setzt man die Sterbeziffern in Relation zueinander, so starben 2008 je Frau 1,4 Männer an einer Neubildung. Die Entwicklung der Sterblichkeit der Männer und Frauen entsprach der Entwicklung Gesamtbayerns, lag allerdings stets etwas höher als die bayerischen Werte.

Anzahl 2008: 659 Männer und 677 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

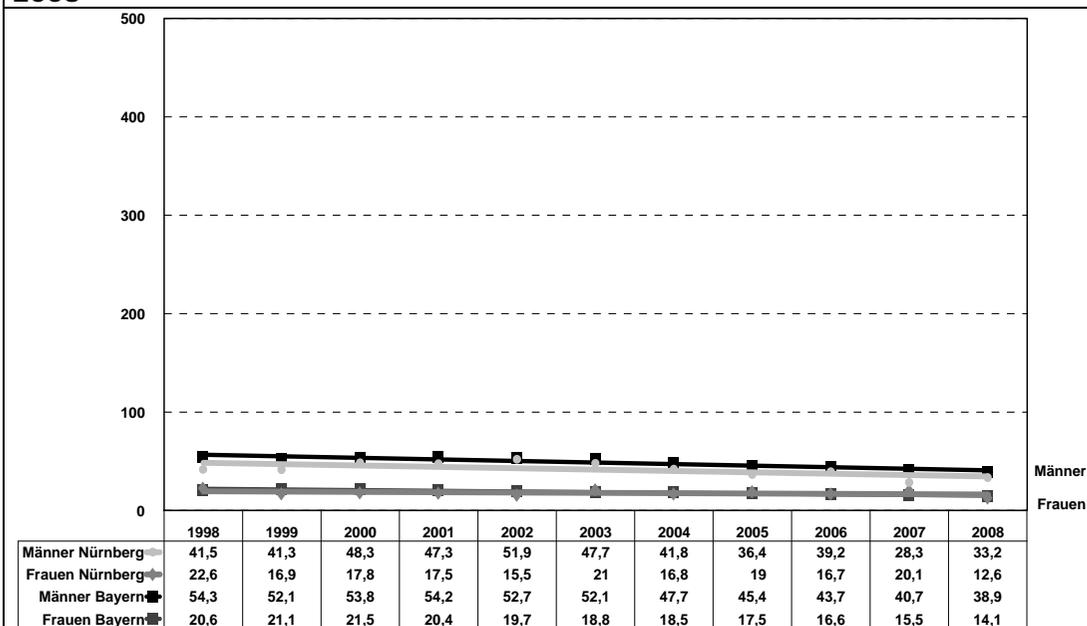
Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.gbe-bund.de, 12.5.10

Kommentar: Bösartige) Neubildungen sind die zweithäufigste Todesursache in der Bundesrepublik. Sie sind eine sehr heterogene Gruppe von Diagnosen, die vor allem ältere Menschen betreffen. Die Sterblichkeit der Männer ist wie bei den meisten anderen Todesursachen auch, höher als die der Frauen.

Auch bundesweit war die Sterblichkeit an Neubildungen rückläufig: 1998 entfielen 193,7 Todesfälle auf 100.000 EinwohnerInnen, gegenüber 166,5 im Jahr 200.

3.3.3. Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD S00-T98)

Abb. 3.2.3: Verstorbene je 100.000 Einwohner an Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (ICD S00-T98) in Nürnberg und Bayern 1998-2008*



Unter den 158 nicht krankheitsbedingt Verstorbenen des Jahres 2008 fielen 23 (14,6 %) einem Transportmittelunfall, 48 (30,4 %) den Folgen eines Sturzes zum Opfer und 70 (44,3 %) starben durch eigene Hand.

Die Sterblichkeit der Nürnberger beiderlei Geschlechts an äußeren Todesursachen ging erfreulicherweise zwischen 1998 und 2008 dem gesamt-bayerischen Trend entsprechend zurück: Im Jahr 1998 starben 41,5, im Jahr 2008 nur noch 33,2 je 100.000 Männer. Die Sterbeziffer der Frauen senkte sich von 22,6 im Jahr 1998 auf 12,6 im Jahr 2008.

Die Sterbeziffern der Männer lagen – wie auch in Bayern – stets über der der Frauen: Die Relation betrug 2008 je Frau 1,7 verstorbene Männer.

Anzahl 2008: 99 Männer und 59 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.qbe-bund.de, 12.5.2010

88,3% der 266 Personen, die zwischen 2004 und 2008 an den Folgen eines Sturzes (ICD W00-W19) gestorben sind, waren im Rentenalter, 42,5 % über 85 Jahre alt. Etwas über die Hälfte der Verstorbenen waren Frauen (52,6 %).

2008: 20 Männer und 28 Frauen

Kommentar: Bundesweit nahmen nicht krankheitsbedingte Todesursachen ab.¹⁶⁵ Im Jahr 2008 verstarben daran 28,1 Personen je 100.000 EinwohnerInnen, an den Folgen eines Sturzes 5,5 (ICD W00-W19). Diese Gruppe von Todesursachen enthält aufgrund ihrer äußeren Bedingtheit – es sind auch Unfälle und Straßenverkehrsunfälle enthalten – ein großes Maß an Zufallseinflüssen. Durch gezielte Maßnahmen wie z.B. im Rahmen der Arbeits- und Verkehrssicherheit oder Sturzprophylaxe wären hier auch Veränderungen möglich.

¹⁶⁵ www.qbe-bund.de, 23.6.2009

4. Morbidität

4.1. Krankenhausfälle

2008 sind in den Nürnberger Krankenhäusern 137.291 Menschen vollstationär von außen aufgenommen worden. 134.692 konnten wieder entlassen werden. Dies sind 98,1 % der aufgenommenen PatientInnen. 3.131 der PatientInnen mit vollstationärem Aufenthalt sind während des Jahres 2008 verstorben.¹⁶⁶

Die Krankenhausfälle - gegliedert nach Diagnosen – liefern einen Anhaltspunkt für das Morbiditätsgeschehen. Sie werden auch in der amtlichen Krankenhausstatistik, Teil II erfasst. Datenhalter ist das Bayerische Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung. Die Krankenhausdiagnosen für die Stadt Nürnberg wurden bislang nicht ausgewertet, da sie auf Kreisebene nicht als frei verfügbare Routinestatistik vorliegen. Einen Anhaltspunkt für das Krankheitsspektrum bieten jedoch auch die Zahlen auf Landesebene.

2008 wurden in Bayern 2.617.251 PatientInnen vollstationär behandelt. Die quantitativ bedeutendsten Diagnosen, die 2008 zu einem vollstationären Krankenhausaufenthalt führten, waren Krankheiten des Kreislaufsystems (14,5 %). Es folgten nicht krankheitsbedingte Diagnosen: Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen mit 11,2 % der Krankenhausaufenthalte. Hinzu kamen an dritter, vierter und fünfter Stelle Neubildungen mit 10,2%, Krankheiten des Verdauungssystems mit (9,9 %) sowie des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes 9,8 %).

Datenquelle: www.lgl.bayern.de/gesundheits/gesundheitsindikatoren, 20.5.2010, Indikator 3.26, eigene Berechnungen

4.2. Krebsinzidenzen

Das **Bayerische Krebsregistergesetz (BayKrG)** - am 1.1.2000 in Kraft getreten – bietet die gesetzliche Grundlage für die Etablierung einer flächendeckenden – bis dahin nur in einigen bayerischen Kommunen durchgeführten – Krebsregistrierung. Seit 1.1.2002 wird das Gesetz umgesetzt und alle bösartigen Neubildungen und ihre Frühformen in Bayern erfasst. Es soll die regionale Verteilung und die Trendentwicklung der Krebserkrankungen erforscht sowie Grundlagendaten für die Gesundheitsplanung und weiterführende Studien geschaffen werden. Die Ärzteschaft hat das Recht, alle neuen Krebsfälle zu melden unter der Voraussetzung, der Patient wurde darüber informiert. Dieser hat außerdem ein Widerspruchsrecht. Um aussagefähig zu sein, sollten mindestens 90% der vom Robert-Koch-Institut geschätzten zu erwartenden Fälle für ein Gebiet¹⁶⁷ erfasst sein. In Bayern wurde für viele Tumorarten dieses Ergebnis erreicht, so auch für die Kreise und kreisfreien Städte Mittelfrankens.¹⁶⁸

Im Jahr 2007 erkrankten 469,2 Männer und 341 Frauen je 100.000 Nürnberger Männer und Frauen neu an einer Art von Krebs. Im Vergleich zum Vorjahr 2006 war die **Häufigkeit der Neuerkrankungen (Krebsinzidenz)** etwas geringer (473,0 Männer und 355,6 Frauen je 100.000 Einwohner). Eine Trendbeschrei-

¹⁶⁶ vgl. Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2009, S. 133, In der Patientenbewegung sind die PatientInnen ohne Berücksichtigung ihres Hauptwohnsitzes enthalten.

¹⁶⁷ Da zur Zeit auch für das gesamte Bundesgebiet noch keine vollzählige Krebsregistrierung existiert, kann die Zahl der jährlich zu erwartenden Krebserkrankungen nur geschätzt werden unter Berücksichtigung der mittlerweile verfügbaren regionalen Inzidenzdaten in den einzelnen Altersgruppen und anhand der Krebsmortalität. (Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.): Krebs in Deutschland, Saarbrücken, 2004, S. 7

¹⁶⁸ vgl. Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Registerstelle (Hrsg.): 10 Jahre bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung in Bayern, Krebs in Bayern im Jahr 2005, S. 9

bung für die Entwicklung der Inzidenzen in Nürnberg sowie der Vergleich mit den Inzidenzen in Bayerns und des Bundesgebietes ist nur sehr begrenzt möglich, da aktuelle Vergleichsdaten auf der Basis der Vollzähligkeit zum Zeitpunkt der Berichterstattung erst für zwei Jahre und für unterschiedliche Zeiträume vorliegen. Im übrigen bilden die Inzidenzen nicht nur das tatsächliche Krankheitsgeschehen ab, sondern spiegeln auch die Entwicklung und die Häufigkeit der Anwendung diagnostischer Verfahren wieder.

Die Krebsdiagnose mit der höchsten Inzidenz war 2007 bei den Männern in Nürnberg der **Prostatakrebs (ICD 61)** mit 118,6 Fällen je 100.000 Einwohnern. In Bayern (2006) und dem Bundesgebiet (2003/04) war die Inzidenz mit 112,2 bzw. 112,0 Fällen etwa vergleichbar. Dabei war bundesweit ein starker Anstieg der Erkrankungshäufigkeit seit Ende der 1980er Jahre festzustellen. Das Robert-Koch Institut interpretiert diesen Anstieg als Folge des Einsatzes neuer Methoden in der Diagnostik, z.B. des PSA-Tests zur Bestimmung des prostataspezifischen Antigens PSA: „Ein Großteil der derzeit diagnostizierten Prostatakarzinome wäre ohne den PSA-Test und die bei positivem Befund nötige diagnostische Abklärung zu Lebzeiten nie festgestellt worden. Schätzungen gehen davon aus, dass teilweise über 50% der infolge eines PSA-Tests gestellten Karzinomdiagnosen zu Lebzeiten nie bekannt geworden wären.“¹⁶⁹ Am zweithäufigsten erkrankten die Nürnberger Männer 2007 an Krebs des Dickdarms und Rektums (ICD C18-C21). Hier entfielen 77,1 Neuerkrankungen auf 100.000 Männer. Im Vergleich zu Bayern (2006: 68,1) und dem Nürnberger Vorjahreswert (74,2) waren dies etwas mehr. Die dritthäufigste Diagnosen war Krebs der Bronchien und der Lunge (C33, C34). Hier entfielen 56,4 Neuerkrankungen auf 100.000 Männer. Dies waren im Vergleich zum Vorjahr (63,1) weniger und im Vergleich zu Bayern (2006: 49,8) deutlich mehr.

Bei den Nürnberger Frauen war **Brustkrebs** die häufigste Krebsdiagnose (ICD 50) mit 102,7 Erkrankungen je 100.000 Frauen. Dies war im Vergleich zu Bayern 2006 (113,5 je 100.000 Frauen) etwas weniger und entsprach etwa der bundesweiten Inzidenz 2003/04 (103,9 je 100.000 Frauen). Auch die Inzidenz des Brustkrebses ist seit den 1980er Jahren stetig gestiegen bei einem leichten Rückgang der Mortalität seit Mitte der 1990er Jahre. Gegenwärtig erkrankt jede elfte Frau im Bundesgebiet. Die Zunahme der Inzidenz besteht weltweit unabhängig von der steigenden Lebenserwartung und den verbesserten Diagnosemöglichkeiten. Die Ursachen hierfür sind bisher nur unzureichend geklärt. Als Risikofaktoren kommen lebensstilbedingte, reproduktive und genetische Faktoren in Betracht. Da eine Primärprävention nur sehr eingeschränkt möglich ist, kommt der Sekundärprävention in Form von Früherkennung eine besondere Bedeutung zu.¹⁷⁰ Wie schon bei den Männern folgten Krebs des Dickdarms und Rektums (ICD C18-C21) sowie Krebs der Bronchien und der Lunge (C33, C34) mit 45,3 bzw. 26,5 Neuerkrankungen je 100.000 Frauen.

¹⁶⁹ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Krebs in Deutschland 2003-2004, Häufigkeit und Trends, Berlin 2008, S. 70

¹⁷⁰ vgl. ders. (Hrsg.): Brustkrebs, GBE des Bundes Heft 25, Berlin 2005, S. 15

Tab. 4.2: Inzidenz bösartiger Neubildungen (ICD C00-C97 ohne C44), altersstandardisiert nach Europastandard, Stadt Nürnberg 2006 und 2007										
ICD-10	Diagnosen	Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner Nürnberg				Neuerkrankungen je 100.000 Einw. Bayern 2006		Trend und geschätzte bzw. erfaßte Inzidenz Bundesgebiet		
		2006		2007		2006		2003-04		
		Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	Männer	Frauen	
C00-C97 ohne C44	Alle bösartigen Neubildungen	473,0	355,6	469,2	341,0	436,7	326,6	seit den 1980er Jahren zunehmend auf unterschiedlichem Niveau 452,7m 330,2w		
C00-C14	Lippe, Mundhöhle und Rachen	24,0	5,1	24,7	6,5	18,9	5,0	seit den 1990er Jahren abnehmend 16,6m 5,1 w		
C15	Speiseröhre	9,4	2,0	8,7	1,8	8,0	1,6	geringfügig abnehmend 7,9	geringfügig zunehmend 1,6	
C16	Magen	22,2	11,7	16,2	10,1	18,7	9,8	seit über 30 Jahren stetiger Rückgang 22,1m 10,9 w		
C18-C21	Dickdarm und Rektum	74,2	47,9	77,1	45,3	68,1	41,2	seit etwa 10 Jahren nahezu unverändert 72,7m 49,6 w		
C25	Bauchspeicheldrüse	12,1	9,9	13,7	8,6	13,9	9,3	seit Ende der 1980er Jahre etwa gleich 12,6	leichter Anstieg 8,7	
C32	Kehlkopf	6,3	0,2	5,9	0,2	5,9	0,7	seit d. 1980er Jahren deutlich abnehmend 6,2m	seit den 1990er Jahren nahezu unverändert 0,7 w	
C33,C34	Bronchien und Lunge	63,1	24,6	56,4	26,5	49,8	17,8	deutlicher Rückgang 65,1 Steigerung 21,4		
C43	Malignes Melanom	15,5	13,2	15,5	7,3	14,2	13,1	deutliche Zunahme 13,2 m 16,1 w		
C50	Brust	0,3	118,3	1,8	102,7	0,9	113,5	seit 1980 stetig steigend 103,9		
C56	Ovar		13,7		14,6		13,8	seit 20-30 Jahren nahezu konstant 15,9		
C61	Prostata	107,4		118,6		112,2		starker Anstieg seit 1980 112,0		
C62	Hoden	4,8		7,9		8,7		Anstieg seit Jahrzehnten 11,1		
C64-C66,C68	Niere und ableitende Harnorgane	19,0	10,0	22,5	13,7	18,5	9,7	deutlicher Anstieg seit 1980, vor allem bei den Männern 21,4 m 9,9 w		
C67,D09.0,D41.4	Harnblase	40,2	7,9	38,7	10,2	30,4	7,6	deutlicher Anstieg bis 1990, danach Abnahme 41,7 m 2,2 w		
C73	Schilddrüse	2,9	9,2	5,4	13,2	4,1	10,0	Anstieg b. Mitte d. 1990er J. dann konstant 3,3	fortlaufender Anstieg 7,3	
C81	Hodgkin-Lymphome	1,7	1,7	3,5	1,1	2,2	1,8	konstant abnehmend 2,5 seit den 1990er Jahren abnehmend 2,2		
C82-C85,C96	Non-Hodgkin-Lymphome	14,7	9,0	12,5	16,9	13,0	8,5	Anstieg 1980-95, danach nahezu konstant 14,0 m 9,6 w		
C91-C95	Leukämien	12,7	8,8	9,3	4,8	11,7	6,8	Anstieg i.d. 1980er J., Rückgang seit Anfang der 1990er Jahre, vor allem bei Männern 10,1 m 7,1 w		
C53	Cervix		14,0		9,5			seit d. 1980er J. rückl. i.d. letzten J. konst. 12,4		
C54,C55	Uterus		16,3		19,3		112,2	seit Mitte der 1990er Jahre rückläufig 19,3		

Quelle: Berechnungen des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters, Datenstand 19.8.2009, Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Krebs in Deutschland 2003-2004, Häufigkeit und Trends, Berlin 2008

4.3. Meldepflichtige Krankheiten

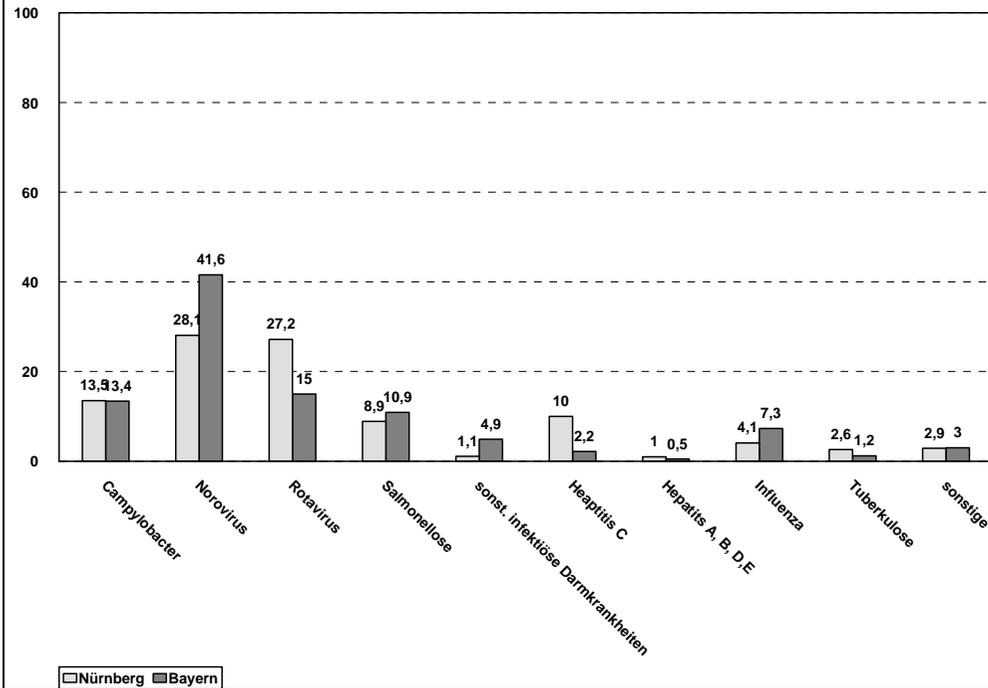
Krankheiten, die nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtig sind, sind Gegenstand der vorerst einzigen flächendeckenden Morbiditätsstatistik in der Bundesrepublik. Damit sind sie die einzigen Krankheiten, für die bundesweit ein regionaler und zeitlicher Vergleich möglich ist. Das Robert-Koch-Institut (RKI) stellt eine Datenbank zur Verfügung, welche die ihm nach dem Gesetz übermittelten Fälle enthält. Die Daten sind gegliedert nach Falldefinitions-kategorie, verschiedenen Altersklassifizierungen, Geschlecht und Region.

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf alle übermittelten Fälle nach der Referenzdefinition des RKI. Die Referenzdefinition enthält diejenigen Fälle, in denen eine Krankheit manifest geworden ist. Die Referenzdefinition ist durch das RKI für jede meldepflichtige Krankheit festgelegt.¹⁷¹

¹⁷¹ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2001, S. 17

4.3.1. An das Robert-Koch-Institut (RKI) übermittelte Fälle 2008

Abb. 4.3.1: An das RKI übermittelte Fälle 2008, entsprechend der Referenzdefinition des RKI für den Stadtkreis Nürnberg (n=1.649) – Anteil der Diagnosen in %



Quelle: SurvStat@RKI, 19.8.2009

Im Jahr 2008 wurden aus Nürnberg 1.649 Fälle von Krankheiten, die durch das Infektionsschutzgesetz meldepflichtig sind, an das Robert-Koch-Institut (RKI) entsprechend den gesetzlichen Vorschriften übermittelt.

Demnach waren Infektionen durch Noroviren (464 F.) mit einem Anteil von 28,1 % und Rotaviren (449 F.) mit 27,2 % an allen übermittelten Fällen am häufigsten. Zusammen mit den anderen das Verdauungssystem betreffenden Infektionen durch Campylobacter (13,5 %), Escherichia-coli (0,9 %), Giardiasis (2,1 %), Salmonellen (8,9 %) und Yersinien (0,9 %) waren 81,7 % der übermittelten Fälle potentiell lebensmittelbedingt.

Weitere 4,1 % der Meldungen entfielen auf die Influenza, 1 % auf Virus-Hepatitis A, B, D, E, 10,0 % auf Hepatitis C und 2,6 % auf Tuberkulose.

Im Vergleich zu Bayern wurden aus Nürnberg größere Anteile von Infektionen durch Rotaviren (27,1 % gegenüber 15,0 %), Hepatitis C (10,0 % gegenüber 2,2 %) und Tuberkulose (2,6 % gegenüber 1,2 %) gemeldet.

Kommentar: Bundesweit entfiel im Jahr 2008 ebenfalls der größte Teil der Meldungen auf potentiell lebensmittelbedingte Erreger (91,5 %). Auch hier waren am häufigsten Noro- und Rotaviren (47,5 % bzw. 17,3 %), Campylobacter (14,4 %) und Salmonellen (9,6 %). Die Influenza hatte einen Anteil von 3,3 %, die Tuberkulose 0,9 % und die Virushepatiden A, B, D, E 0,5 %. Hepatitis C machte nur 1,4 % der Fälle aus - bedeutend weniger als in Nürnberg, das durch seine Lage im großstädtischen Verdichtungsraum möglicherweise ein anderes Risikopotential besitzt. SurvStat@rki.de, 19.8.2009)

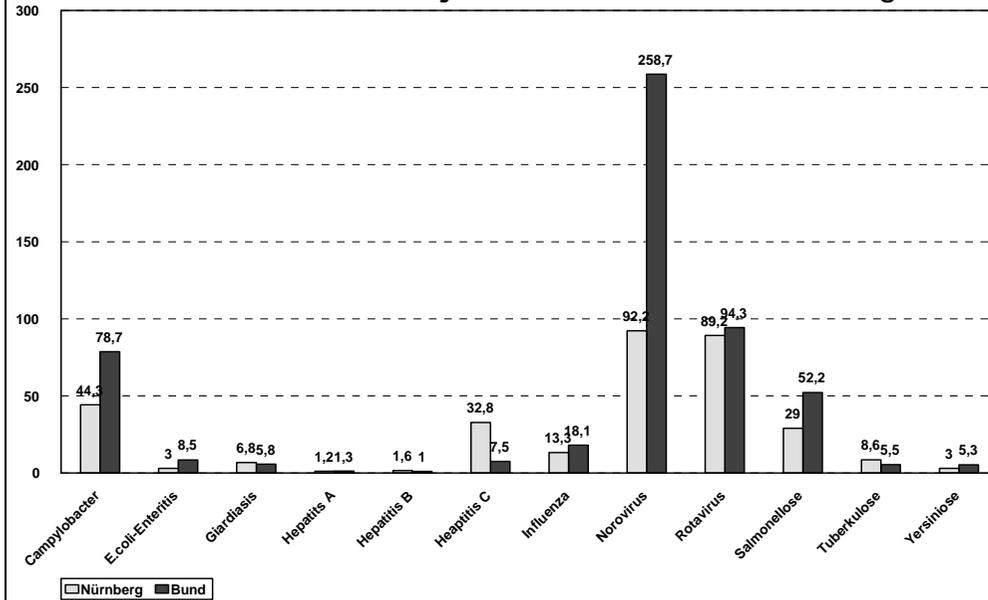
4.3.2. Inzidenzen (= Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner), an das RKI übermittelt, entsprechend der Referenzdefinition des RKI

Die Inzidenz (Zugang) ist neben der Prävalenz (Bestand) ein Hauptaspekt der Beschreibung und der Analyse der Verbreitung von Krankheiten und Gesundheitsproblemen. Zur Beschreibung der Inzidenz gibt es eine Reihe von epidemiologischen Maßzahlen, die Inzidenzmaße. Im folgenden werden die Inzidenzfälle (= Zugänge = übermittelte Fälle) je 100.000 Einwohner beschrieben. Im Falle einer wiederholbaren Krankheit wird auch jeder Wiedererkrankungsfall gezählt.¹⁷² Die Fälle sind definiert über die Referenzdefinition des RKI.

Bei der Bewertung der Inzidenzen sollte beachtet werden, dass die Häufigkeit der Meldungen von Infektionskrankheiten auch von Unterschieden im Meldeverhalten der ÄrztInnen und Labors sowie vom Diagnoseverfahren abhängt, und dass aufgrund der meist kleinen Fallzahlen auf kommunaler Ebene beträchtliche zufällige Schwankungen entstehen können.

¹⁷² Glossar des RKI, www.rki.de, 13.9.2005

Abb. 4.3.2: Inzidenzen ausgewählter* meldepflichtiger Krankheiten - an das RKI übermittelte Fälle 2008 je 100.000 Einwohner – Nürnberg und Bund



* Inzidenzen <1 wurden nicht berücksichtigt.

Quelle: SurvStat@RKI, 19.8.2009, Datenstand 1.3.2009

Die meisten Neuerkrankungen je 100.000 Einwohner wiesen unter den meldepflichtigen Krankheiten 2008 in Nürnberg Noroviren mit 92,2 und Rotaviren mit 89,2 auf, gefolgt von Infektionen durch Campylobacter (44,3), Hepatitis C (32,8) und Salmonellose (29,0).

Auch bundesweit waren in der Wintersaison 2007/08 Infektionen durch Noro- und Rotaviren die meldepflichtigen Krankheiten mit der höchsten Inzidenz. So wurden bundesweit 258,7 Erkrankungen je 100.000 Einwohner und damit weit mehr als in Nürnberg (92,2) gemeldet. Gleichzeitig war diese Inzidenz auch die höchste seit der Einführung des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2000.¹⁷³ Die erhebliche Differenz gegenüber Nürnberg kann an dieser Stelle nicht erklärt werden. Möglicherweise spielen hier auch regionale Unterschiede im Meldeverhalten der LaborärztInnen eine Rolle. Auch die Inzidenzen von Infektionen durch Campylobacter waren mit 78,7 und durch Salmonellen mit 52,2 Erkrankungen je 100.000 Einwohner im Bundesgebiet höher als in Nürnberg.

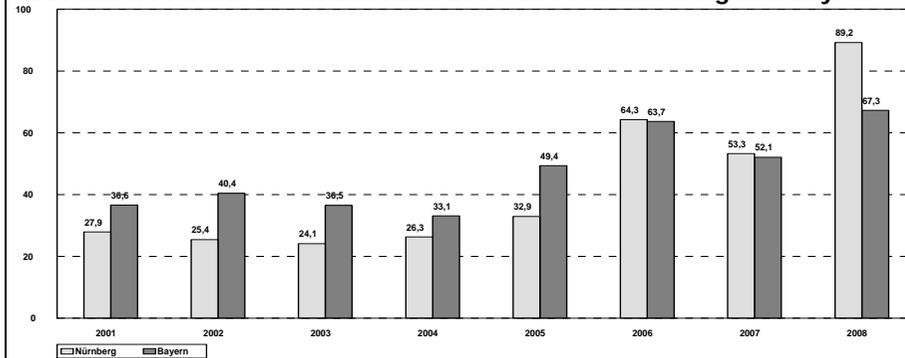
TBC-Fälle wurden im Bundesgebiet etwas seltener übermittelt als in Nürnberg. Weit niedriger jedoch als in Nürnberg aber war die bundesweite Inzidenz von Hepatitis C (7,5 gegenüber 32,8 je 100.000 Einwohner in Nürnberg).

¹⁷³ Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, Berlin, 2009, S. 145

4.3.3. Entwicklung der Inzidenz ausgewählter Diagnosen in Nürnberg und Bayern

4.3.3.1. Rotaviren

Abb. 4.3.3.1 Rotavirus - Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



Quelle: RKI, SurvStat@RKI, Datenstand 1.3.2009

Seit 2005 war sowohl in Nürnberg als auch in Bayern ein deutlicher Anstieg der Neuerkrankungen an einer Infektion durch Rotaviren zu beobachten. Im Jahr 2008 war die Inzidenz in Nürnberg um 62,9 und in Bayern um 34,2 Fälle je 100.000 Einwohner höher als 2005.

Die Inzidenzen waren bis 2005 niedriger als in Bayern, liegen aber seither über den bayerischen Werten.

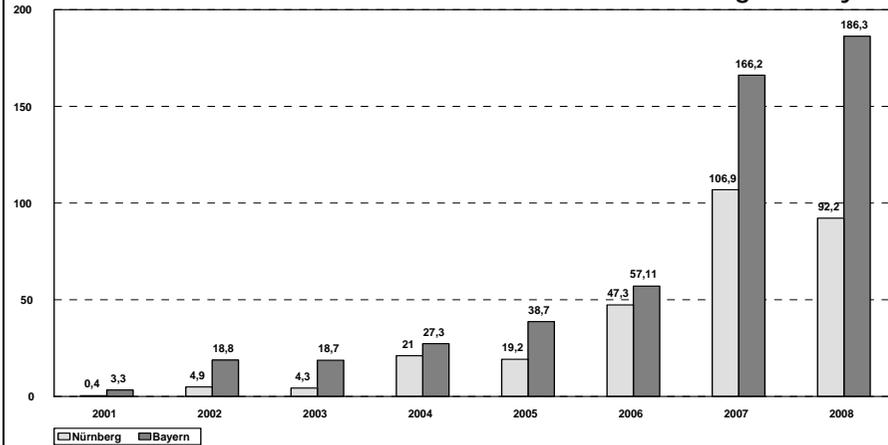
Kommentar: Rotaviren verursachen Durchfallerkrankungen und betreffen vor allem Säuglinge und Kleinkinder. Die Übertragung erfolgt durch Kontaktinfektionen, durch verunreinigtes Wasser und Lebensmittel. Die höchsten Inzidenzen haben Säuglinge und Einjährige. 62% der Meldungen betreffen Kinder unter 5 Jahren.

Infektionen mit Rotaviren haben 2008 in allen Bundesländern, besonders stark jedoch in Hamburg, Schleswig-Holstein und den östlichen Bundesländern zugenommen.¹⁷⁴

¹⁷⁴ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, a.a.O. S. 156-158

4.3.3.2. Noroviren

Abb. 4.3.3.2: Norovirus – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009

Infektionen mit Noroviren haben seit 2001 sowohl in Nürnberg als auch in Bayern stetig – seit 2007 auch sehr deutlich zugenommen. Der Anstieg zwischen 2006 und 2007 betrug in Nürnberg 59,6 und in Bayern 109,1 neue Fälle je 100.000 EinwohnerInnen. Während sich der Anstieg in Bayern auch im Jahr 2008 fortsetzte, wurde er in Nürnberg wieder rückläufig. Dabei blieben die Nürnberger Inzidenzen stets niedriger als in Bayern.

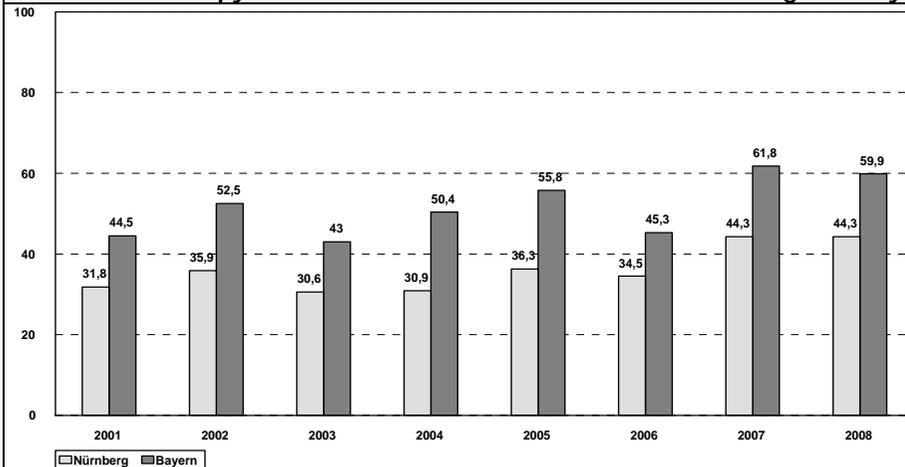
Kommentar: Noroviren sind weltweit verbreitet und für einen Großteil der nicht bakteriell bedingten Magen-Darm-Infektionen verantwortlich. Charakteristisch für die Krankheit sind schwallartiges Erbrechen und saisonales Auftreten überwiegend im Winter („winter-vomiting-disease“). Die Übertragung erfolgt fäkal-oral oder auch über kontaminierte Lebensmittel. Häufig sind Ausbrüche in Altenheimen, Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen vor allem bei Kindern unter 5 Jahren und über 69 Jährigen. Frauen erkranken häufiger als Männer, da ältere Frauen in Altenheimen und Pflegeeinrichtungen überrepräsentiert sind und auch der Frauenanteil am Personal in Alten- und Pflegeheimen, Krankenhäusern und Kindertagesstätten größer als der der Männer.¹⁷⁵ Die Aktivität des Virus ändert sich von Jahr zu Jahr stark. Auch in anderen europäischen Ländern wurde eine deutliche Zunahme von Ausbrüchen, vor allem im Winter 2008/09 festgestellt. Als mögliche Ursache wird eine neue Virusvariante diskutiert.¹⁷⁶

¹⁷⁵ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, a.a.O. S. 146/147

¹⁷⁶ vgl. a.a.O. S. 146 und 149

4.3.3.3. Campylobacter

Abb. 4.3.3.3 Campylobacter – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



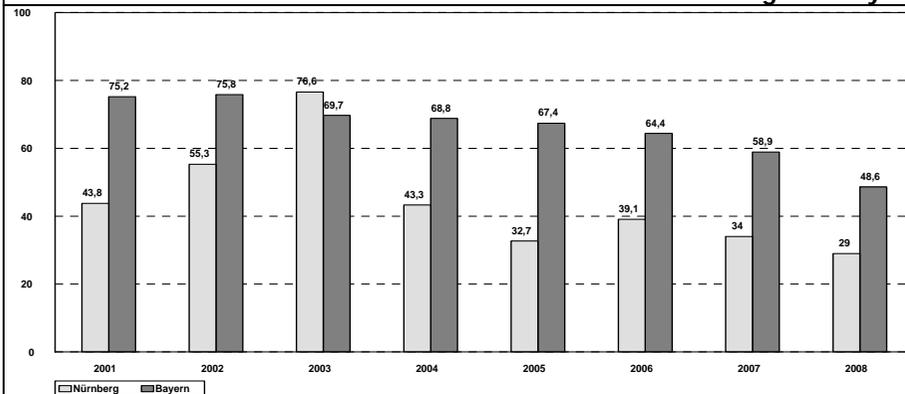
Die Inzidenz von Infektionen mit Campylobacter ist in Nürnberg ebenso wie in Bayern während der letzten beiden Jahre gestiegen und betrug 2008 44,3 Fälle je 100.000 Einwohner (in Bayern 59,9). Dabei blieben die Inzidenzen der Nürnberger Bevölkerung stets unter denen Bayerns.

Kommentar: Bakterien der Gattung Campylobacter verursachen eine Darm-Infektion, die sich in der Regel in Bauchschmerzen und Durchfall äußert. Der Infektionsweg besteht vor allem aus tierischen Lebensmitteln (Geflügel, Rohmilch) und Haustieren. Die höchste Erkrankungshäufigkeit besteht bei Kindern unter 5 Jahren, vor allem bei 1-2 Jährigen, sowie bei jungen Erwachsenen zwischen 20 und 29 Jahren. Jungen und Männer sind häufiger betroffen als Mädchen und Frauen.¹⁷⁷

Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009

4.3.3.4. Salmonellose

Abb. 4.3.3.4 Salmonellose – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



2001 und 2002 erreichte die Häufigkeit von Neuinfektionen durch Salmonellen in Bayern und 2003 auch in Nürnberg einen Höhepunkt, um seither wieder abzunehmen. Mit Ausnahme des Jahres 2003 waren die Inzidenzen in Nürnberg wesentlich niedriger als in Bayern.

Kommentar: Salmonellosen werden durch Bakterien verursacht und erzeugen Durchfall, oft zusammen mit Bauchschmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Fieber. Die Erreger kommen in Geflügel, Schweinen, Rindern und Reptilien vor und werden meist durch den Genuß kontaminierter Lebensmittel übertragen. Betroffen sind häufig Kinder unter 10 Jahren, vor allem Kleinkinder und beide Geschlechter gleichermaßen.¹⁷⁸

Auch bundesweit lagen die Fallzahlen 2008 signifikant unter denen der Vorjahre.¹⁷⁹

Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009

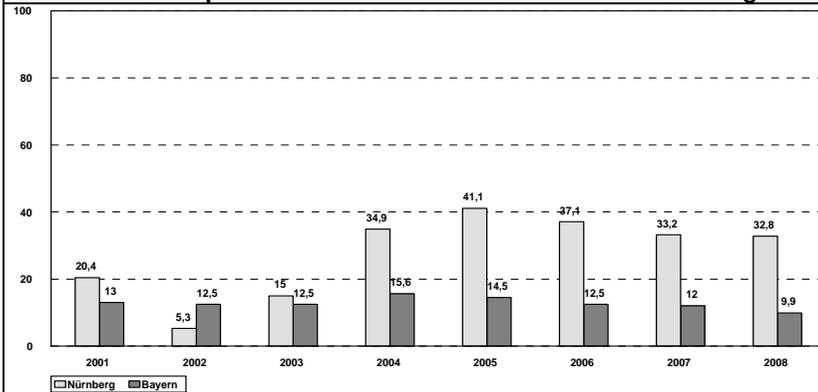
¹⁷⁷ vgl. a.a.O. S. 53-55

¹⁷⁸ vgl. a.a.O. S. 161

¹⁷⁹ vgl. Robert-Koch-Institut (Hrsg.): Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2008, a.a.O. S. 164/165

4.3.3.5. Hepatitis C

Abb. 4.3.3.5: Hepatitis C – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009

Die Inzidenzen von Hepatitis C waren seit 2004 deutlich höher als in Bayern. Daran änderte sich auch seit der ab 2005 stattfindenden Abnahme nichts. Im Jahr 2008 wurden in Nürnberg 32,8 Fälle je 100.000 EinwohnerInnen gemeldet gegenüber 9,9 in Bayern. In Bayern war die Inzidenz von Hepatitis C zwischen 2001 und 2008 keinen großen Schwankungen unterworfen und war seit 2005 leicht im Abnehmen begriffen.

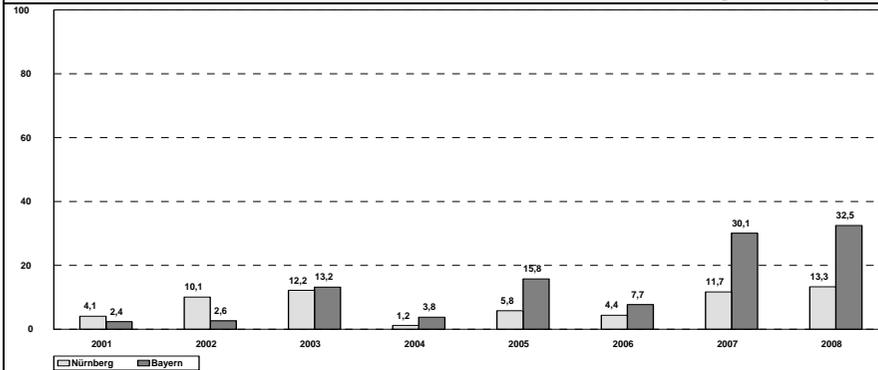
Kommentar: Hepatitis C wird durch Viren (HCV) ausgelöst und parenteral (unter Umgehung des Magen-Darm-Traktes, z.B. durch Injektionen oder Infusionen) übertragen. Risiken sind intravenöser Drogengebrauch, Operationen, Eingriffe (Blutkonserven) und auch sexuelle Betätigung. Die Viren führen zu einer Leberentzündung, die nach einem chronischen Verlauf eine Leberzirrhose oder –krebs erzeugen kann. Die meisten Erkrankungen treten in der Altersgruppe der 25-29 Jährigen auf, vor allem unter Männern.¹⁸⁰ Bundesweit variieren die Inzidenzen sehr stark, abhängig auch von der Melde- und Übermittlungspraxis sowie dem Ausmaß von Risikogruppen, die sich vor allem in großstädtischen Verdichtungsräumen häufen. Eine direkte Kausalbeziehung zwischen Exposition und Infektion kann jedoch nicht automatisch vorausgesetzt werden, da mit der einzelnen Exposition auch zusätzliche andere Risiken verbunden sein können,¹⁸¹ und es Hinweise auf weitere, noch nicht klar identifizierte Übertragungswege gibt.

¹⁸⁰ vgl. a.a.O.: S. 99-101

¹⁸¹ vgl. a.a.O. S. 100/01

4.3.3.6. Influenza

Abb. 4.3.3.6 Influenza – Inzidenzen 2001-2008 in Nürnberg und Bayern



Quelle: RKI, [SurvStat@RKI](#), 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009

Seit 2003, insbesondere jedoch seit 2007 waren die bayerischen Inzidenzen für Influenza höher als in Nürnberg, in den Jahren 2007 und 2008 sogar fast dreimal so hoch. Zwischen 2007 und 2008 fand beinahe keine wesentliche Veränderung statt.

Kommentar: Die Influenza ist eine durch den Influenza-Virus und dessen Varianten hervorgerufene Infektion, die sich durch einen plötzlichen Beginn, hohes Fieber, Husten, Muskel- und Kopfschmerzen auszeichnet. Sie wird in Tröpfchenform respiratorischer Sekrete übertragen und kann schwere Verlaufsformen und Komplikationen erzeugen, die überwiegend bei älteren Menschen ab 60 Jahren und chronisch Kranken. Sie tritt saisonal auf – in Deutschland meist im Januar oder Februar und betrifft besonders Kleinkinder und Kinder im Grundschulalter. Dies kann zum einen die Aufmerksamkeit der Kinderärzte widerspiegeln, aber auch eine geringere Grundimmunität und die Häufigkeit von Kontakten in Kindertagesstätten.¹⁸² Nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI) wurden die Grippewellen 2003/04, 2005/06 und 2007/08 als relativ schwach, 2000/01 und 2006/07 als mittelstark sowie 2002/03 und 2004/05 als relativ stark eingestuft.¹⁸³

5. Handicaps

Handicaps, entstanden durch Pflegebedürftigkeit, Schwerbehinderung, Gesundheitsschäden, denen rehabilitative Maßnahmen folgen mussten, sowie eine Frühverrentung wegen Minderung der Erwerbsfähigkeit äußern sich in einer verminderten Selbständigkeit, die auf jeden Fall zunächst physischer Natur ist und - je nach Gesetzeslage - auch den finanziellen Spielraum und damit die Handlungsspielräume und gesellschaftliche Teilhabe der Betroffenen in Frage stellt.

¹⁸² vgl. a.a.O. S. 113/114

¹⁸³ vgl. Arbeitsgemeinschaft Influenza (Hrsg.): Abschlußbericht der Influenzasaison 2006/07, Berlin 2007, S. 24-26 und 2007/08, Berlin 2008 S. 25-29

5.1. Pflegebedürftigkeit

Tab. 7.1 Pflegebedürftige Bevölkerung 2007 und Demenzerkrankungen 2006 –2026 im regionalen Vergleich

	Pflegebedürftige Bevölkerung 2007			Demenzerkrankungen, Trendfortschreibung	
	Anzahl 2007	je 100.000 Einwohner	standardisierte Rate	Anzahl 2006	Veränderung 2006-2026 (%)
Nürnberg	11.670	2.324,8	0,85	7.219	35,8
% der Einwohner	2,3			1,4	
Fürth	2.707	2.377,2	0,99	1.388	54,2
% der Einwohner	2,4			1,2	
Erlangen	2.106	2.106	0,76	1.453	36,3
% der Einwohner	2,0			1,4	
München	24.621	1.889,4	0,8	20.862	32,8
% der Einwohner	1,9			1,6	
Bayern	314.282	2.513,0	1,00	160.812	50,8
% der Einwohner	2,5			1,3	

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 4.5.2010, Indikator 3.49 und Gesundheitsreport Bayern, Gesundheit im Alter, 2/2009, S. 17

Die pflegebedürftige Bevölkerung umfasste in Nürnberg 11.670 Personen im Jahr 2007. Je 100.000 Einwohner waren dies 2.324,8. Nimmt man die Rate der Pflegebedürftigen in Bayern als Maßstab (=1), war der Wert für Nürnberg 0,85. Mit 0,76 lag der entsprechende Wert für Erlangen noch weiter unter dem bayerischen Maßstab.

2006 lebten in Nürnberg 7.219 demente, d.h. größtenteils pflegebedürftige Personen. Bis zum Jahr 2026 wird nach den Berechnungen des Bayerischen Landesamtes für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit die Zahl der Demenzerkrankten in Nürnberg ausgehend vom Wert des Hagres 2006, um 35,8 % zunehmen. In Nürnberg wären dann insgesamt 9.803 Fälle zu erwarten. Innerhalb der größeren Städte des Verdichtungsraumes ist dies der geringste Zuwachs, der zudem weit unter dem für Bayern erwarteten von 50,8 % liegt.

5.2. Schwere Behinderung im Alter

Tab. 7.2: Schwerbehinderte im Alter ab 65 Jahren

	Anzahl	je 1000 Personen ab 65 Jahren
Nürnberg	35.169	340,6
Fürth	7.020	334,1
Erlangen	5.512	278,7
Bayern	605.151	252,7

Quelle: Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz (Hrsg.): Gesundheitsreport Bayern 2/2009: Gesundheit im Alter, S. 19

In Nürnberg lebten 2008 35.169 Schwerbehinderte im Rentenalter ab 65 Jahren. Dies entspricht je 1.000 Einwohner gleichen Alters 340,6 Personen. Innerhalb der größeren Städte des mittelfränkischen Verdichtungsraumes war dies der höchste Wert, der zugleich auch weit über dem bayerischen Vergleichswert lag.

5.3. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe

Tab. 1.7.3: Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und sonstige Leistungen zur Teilhabe 2008 im regionalen Vergleich

	Anzahl 2008	je 100.000 aktiv Versicherte
Nürnberg	5.159	2.149,4
Fürth	1.377	2.349,7
Erlangen	965	1.907,8
Bayern	142.082	2.405,6

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 4.5.2010, Indikator 3.36, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger

Rehabilitative Maßnahmen werden unterteilt in medizinische, berufsfördernde und soziale Rehabilitation zur Teilhabe. Medizinische Maßnahmen machen etwa 70% dieser Leistungen aus und sind ein wichtiger Bestandteil der medizinischen Versorgung, z.B. Anschlussheilbehandlungen an eine stationäre Behandlung, Kinderheilbehandlungen und Entwöhnungsbehandlungen.¹⁸⁴

Bezogen auf 100.000 aktiv Rentenversicherte* nahmen in Nürnberg 2.149,7 Personen medizinische rehabilitative Leistungen in Anspruch. Dieser Nürnberger Wert lag unter dem bayerischen Durchschnitt von 2.405,6.

*Leistungen von Kranken- und Unfallversicherungen, von Sozial- und Versorgungsämtern sind nicht enthalten.

¹⁸⁴ www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 27.8.2009, Kommentar zu Indikator 3.33

5.4. Vorzeitige Verrentung

Tab. 7.4: Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit 2008 im regionalen Vergleich

	Zugang		Bestand	
	Anzahl 2008	je 100.000 aktiv Versicherte	Anzahl 2008	je 100.000 aktiv Versicherte
Nürnberg	955	397,9	8.274	3.447,2
Fürth	251	428,3	1.941	3.312,1
Erlangen	152	300,5	1.492	2.949,6
Bayern	22.762	385,4	200.523	3.395

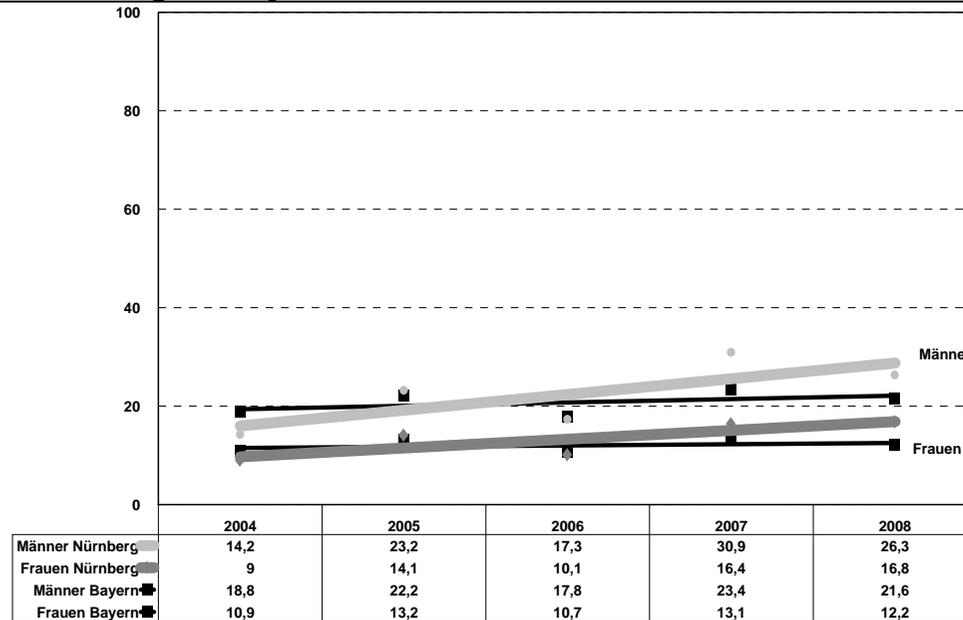
Quelle: Vereinigung Deutscher Rentenversicherer (VDR), zitiert nach dem Indikatorenatz des Landesamtes für Lebensmittelsicherheit und Verbraucherschutz, www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 4.5.2010, Indikator 3.40

Innerhalb der größeren Städte des mittelfränkischen Verdichtungsraumes hatte Nürnberg den höchsten Bestand von FrührentnerInnen mit 3.447,2 je 100.000 aktiv Versicherte.

955 Personen gingen im Laufe des Jahres 2008 wegen verminderter Erwerbsfähigkeit vorzeitig in Rente. Bezogen auf 100.000 aktiv Versicherte war dies ein Zugang von 397,9 Personen. Dieser Wert entsprach etwa dem bayerischen Vergleichswert (385,4).

6. Verstorbene an Grippe und Pneumonie (ICD J00-J99)

Abb. 5.: Verstorbene je 100.000 Einwohner an Grippe und Pneumonie (ICD J09-J18) in Nürnberg und Bayern 2000-2008*



Grippe und Lungenentzündung verursachten 2008 44,7% der Todesfälle durch eine Krankheit des Atmungssystems (ICD J00-J99).¹⁸⁵

Zwischen 2004 und 2008 ist in Nürnberg die Sterblichkeit an einer Grippe und Lungenentzündung (Pneumonie) je 100.000 Einwohner angestiegen von 14,2 Todesfällen auf 26,3 bei den Männern und von 9 auf 16,8 bei den Frauen. Auch in Bayern hat die Sterblichkeit an einer Grippe/ Lungenentzündung zugenommen, allerdings weit weniger ausgeprägt.

Anzahl 2008: 95 Männer und 115 Frauen

* standardisiert auf die Europabevölkerung der WHO alt

Quelle: Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, eigene Berechnungen, www.gbe-bund.de, 13.8.2009

Kommentar:

Die Hauptursache für Lungenentzündungen sind Infektionen, die meist ambulant, zum Teil aber auch beim stationären Aufenthalt in Krankenhäusern erworben werden. Sie gehören zu den am häufigsten lebensbedrohlichen Krankheiten. Meist sind ältere Menschen davon betroffen.¹⁸⁶ In der Bundesrepublik betrug die Sterbeziffer für Männer im Jahr 2008 18,0 und für Frauen 10,6. Die Nürnberger Werte lagen weit höher. Es bleibt zu berücksichtigen, dass das saisonale Grippegeschehen, das auch die Häufigkeit von Lungenentzündungen beeinflusst, starken Schwankungen unterworfen ist. Es wäre daher besonders für die Gesundheitsversorgung älterer Menschen von Interesse, eine längerfristige altersgruppenspezifische Analyse der Sterbefälle nach dem Ort und näheren Umständen des Todes vorzunehmen.

¹⁸⁵ ohne Neubildungen

¹⁸⁶ vgl. Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 234/235

7. Belastungen durch den Straßenverkehr

7.1. Kraftfahrzeugbestand im Verdichtungsraum

Tab. 6.1: Kraftfahrzeugbestand und KFZ-Dichte 2007 im regionalen Vergleich

	Anzahl	KFZ-Dichte (KFZ je 1.000 Einwohner)
Nürnberg	258.898	515
Fürth	61.879	542
Erlangen	57.862	553
München	683.000	505

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2008, S. 187 und 189, einschl. stillgelegte KFZ

Kommentar: Obwohl Nürnberg gegenwärtig eine vergleichsweise geringe KFZ-Dichte hat, ist das Belastungspotential durch den KFZ-Bestand längerfristig deutlich gestiegen.

„Das Anwachsen des motorisierten Individualverkehrs hat für die Bevölkerung weitreichende Folgen: Lärmaufkommen, Luftbelastung, Unfälle, Flächenversiegelung, etc.“¹⁸⁷

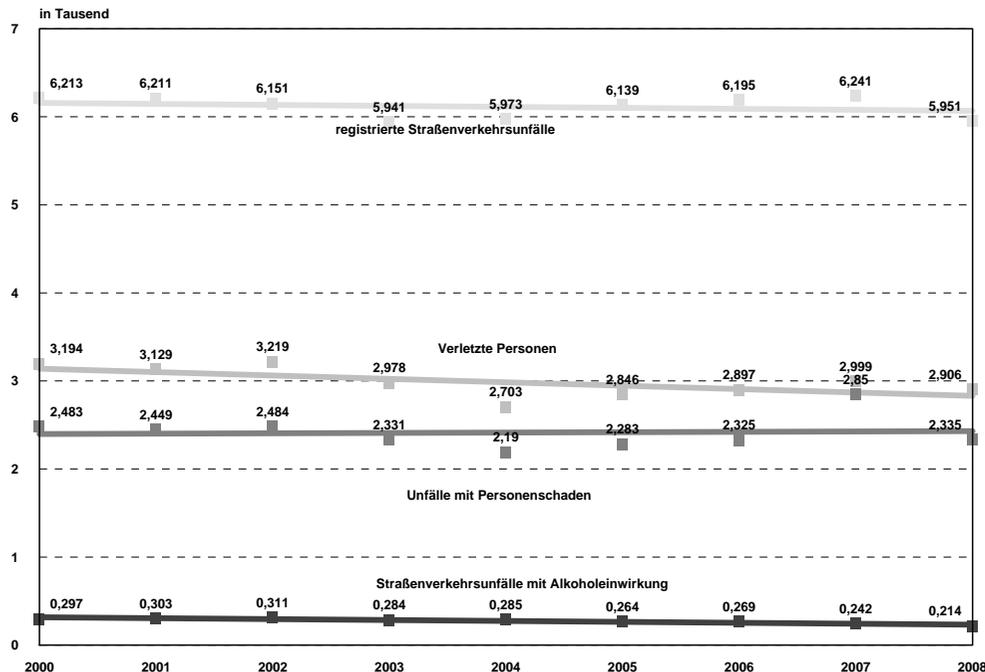
In Nürnberg entfielen 2007 515 KFZ auf 1.000 Einwohner. Dies war innerhalb der größeren Städte des mittelfränkischen Verdichtungsraums die niedrigste KFZ-Dichte. Rein rechnerisch verfügte jeder 1,9 te Einwohner über ein KFZ.

Längerfristig betrachtet, hat die Belastung durch den Straßenverkehr in Nürnberg jedoch zugenommen: Im Zeitraum von 1985 bis 2006 ist der Bestand an zugelassenen PKW um 31,1%, der Bestand an allen KFZ um 42,3% angestiegen. Die Zahl der Einwohner je PKW ist in diesem Zeitraum von 3,0 auf 2,3, je KFZ von 2,7 auf 2,0 gesunken.

¹⁸⁷ vgl. Süß, W./ Podszuweit, U.: a.a.O. S. 147

7.2. Straßenverkehrsunfälle

Abb. 6.2: Straßenverkehrsunfälle (Personenschaden, unter Alkoholeinwirkung, Verletzte) 2008



Als Straßenverkehrsunfälle werden alle von der Polizei registrierten Unfälle erfasst, bei denen infolge des Fahrverkehrs auf öffentlichen Wegen oder Plätzen entweder Personen getötet oder verletzt oder Sachschaden entstanden ist. Verunglückte werden als Getötete nachgewiesen, wenn sie innerhalb von 30 Tagen nach dem Unfall an den Unfallfolgen gestorben sind. Die Unfälle werden am Ort des Ereignisses erfasst. Deshalb können die Opfer des Straßenverkehrs nicht in Beziehung zur Einwohnerzahl gesetzt werden.¹⁸⁸

In Nürnberg sind 2008 5.951 Straßenverkehrsunfälle registriert worden. Die Zahl der Unfälle ist im Zeitraum 2000-2008 rückläufig. 3% der Unfallbeteiligten verunglückten als Fußgänger und 6,9% als Radfahrer.¹⁸⁹

Bei 39,2% dieser Unfälle kamen Personen zu Schaden: 2.335 Personen wurden verletzt und 7 (Ereignisort) getötet. 214 (3,6%) dieser Unfälle kamen unter Alkoholeinfluß zustande. Obwohl die Zahl der Verletzten 2000-2008 rückläufig war, starben in diesem Zeitraum dennoch 94 Personen auf Nürnbergs Straßen, d.h. pro Jahr durchschnittlich 10,4.

Die amtliche Todesursachenstatistik bezieht sich nicht auf den Ereignisort des Unfalls, sondern auf den Hauptwohnsitz der Verstorbenen. Demnach starben im Jahr 2008 23 NürnbergerInnen im Straßenverkehr (Transportmittelunfälle). Dies waren 0,4% der Todesfälle des Jahres 2008. 4 von ihnen waren 20- u.30 Jahre alt, 10 zwischen 30 und 65 Jahre sowie , 9 im Rentenalter über 65 Jahren.

Quelle: Statistisches Jahrbuch der Stadt Nürnberg 2008, S. 190, Verkehrsplanung, Polizeipräsidium Mittelfranken

¹⁸⁸ Statistisches Bundesamt 2003, zitiert nach www.statistiken.bayern.de/genesis/online vom 12.10.2005

¹⁸⁹ Unfallbeteiligung gibt weder eine Auskunft über die Art eines des Unfalls, seine Folgen noch über dessen Verursachung. Die Beteiligung an einem Unfall steht vielmehr für das Risiko, zu Schaden zu kommen.

8. Aspekte der Versorgung

8.1. Ärzte- und Apothekendichte

Tab.7.1: Berufsausübende ÄrztInnen in freier Praxis, Apotheken 2008 (31.12.), Anzahl und Einwohner je Arzt oder Apotheke

	Berufsausübende Ärzte in freier Praxis		Apotheken	
	Anzahl	Einwohner je Arzt	Anzahl	Einwohner je Apotheke
Nürnberg	1.177	426	147	3.411
Fürth	279	408	30	3.798
Erlangen	307	339	36	2.894
Bayern	23.873	524	3.438	3.637

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheit/gesundheitsindikatoren, 27.8.2009, Indikator 8.8, Abfrage des LGL bei den zuständigen Kammern

In Nürnberg waren im Jahr 2008 (31.12) 1.177 ÄrztInnen in freier Praxis tätig. Im Vergleich zu 2003 ist die Zahl der ÄrztInnen um 72, die Ärztedichte von 477 Einwohnern je ÄrztIn im Jahr 2003 auf 426 im Jahr 2007 gestiegen. Somit hat sich rein rechnerisch die Versorgung der Bevölkerung verbessert.

Nürnberg hatte 2007 die geringste Ärztedichte unter den größeren Städten des Verdichtungsraumes. Die Einwohner-Arzt-Relation der mittelfränkischen Städte war im Vergleich zu Bayern (524 EinwohnerInnen je Arzt) bedeutend besser, da der bayerische Durchschnitt auch schlechter versorgte ländliche Regionen umfasst.

In Nürnberg gab es 2008 147 Apotheken. 1 Apotheke versorgte rein rechnerisch 3.411 EinwohnerInnen. Im Vergleich zu 2003 (3.403 Einwohner) fand eine leichte Verschlechterung der Versorgung statt.

8.2. Psychotherapie

Tab. 8.2: Psychologische PsychotherapeutInnen, Kinder- und Jugendlichen-PsychotherapeutInnen , Anzahl und Einwohner je TherapeutIn 2008

	Psychologische Psychotherapeuten		Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten		beide Approbationen	
	Anzahl	Einw. je TherapeutIn	Anzahl	Einw. je TherapeutIn	Anzahl	Einw. je TherapeutIn
Nürnberg	229	2.190	40	12.536	8	37.982
Fürth	42	2.713	7	16.278	3	26.043
Erlangen	60	1.736	8	13.022	4	51.459
Bayern	3.948	3.167	768	16.282	243	62.682

Quelle: www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 27.8.2009, Indikator 8.13, Abfrage des LGL bei den zuständigen Kammern

In Nürnberg versorgte 2008 ein(e) psychologische PsychotherapeutIn 2.190 EinwohnerInnen. Damit war Nürnberg rein rechnerisch besser ausgestattet als Fürth, weit schlechter als Erlangen, jedoch auch besser im Vergleich zum Land Bayern.

40 Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen praktizierten 2008 in Nürnberg und versorgten je 12.536 EinwohnerInnen. Die Versorgung war rein rechnerisch die beste der größeren Städte innerhalb des Verdichtungsraumes und war auch weit besser als in Bayern.

Beide Approbationen hatten in Nürnberg nur 8 TherapeutInnen.

8.3. LogopädInnen

Zu Beginn des Jahres 2010 waren in Nürnberg 51 Personen als berufsausübende LogopädInnen registriert (Stand 26.1.2010). Rein rechnerisch versorgte 1 Logopäde 9.725,8 Einwohner (Bev. stand Oktober 2009). Zum Vergleich: In Bayern waren Ende des Jahres 2008 1.722 LogopädInnen gemeldet. Dies entsprach 3.64,5 EinwohnerInnen und damit einer rechnerisch besseren Versorgung als in Nürnberg.

Quelle: Daten des Gesundheitsamtes Nürnberg, Rechtlicher Vollzug und www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, Indikator 2.3, 10.6.2010

Handlungsperspektiven

- Auf die Gesundheit der Bevölkerung – dies gilt auch für Nürnberg - nehmen komplexe gesellschaftliche Bedingungen Einfluss. Sind diese auf der gesamtpolitischen bzw. -gesellschaftlichen oder makroökonomischen Ebene verankert, ist der Handlungsspielraum einer kommunalen Verwaltung – auch des Gesundheitsamtes - sehr begrenzt. Darüber hinaus scheint der Ansatz der Verhaltensprävention, der sich an das Individuum wendet, nach den vorliegenden gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen wenig zu greifen. Dies gilt umso mehr, wenn immer weitere Bevölkerungsgruppen durch wachsende soziale Probleme an die Grenzen ihrer Belastbarkeit stoßen, d.h. die Mühen der alltäglichen Lebensbewältigung die Sorge um die Gesunderhaltung in den Hintergrund drängen.
- Gesundheitsförderung muss in der unmittelbaren Umgebung der Bevölkerung stattfinden, d.h. in ihrer „Lebenswelt“, die in der urbanen Umgebung der Stadtteil ist. Der Stadtteilbezug hat besondere Bedeutung für sozial schlechter Gestellte, aber auch für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen, zu denen auch ein Teil der SeniorInnen gehören. Eine sozialräumliche Ausrichtung der Gesundheitsförderung versucht, die Lebensverhältnisse der Bevölkerung so zu gestalten, dass sie einen Beitrag zu ihrer Gesunderhaltung leisten können. So beteiligt sich das Gesundheitsamt an Projekten der „Sozialen Stadt“, wie im Rahmen der Stadterneuerung in St. Leonhard / Schweinau. Ein wesentliches Ziel ist es, die EinwohnerInnen selbst als Akteure der Gesundheitsförderung zu gewinnen, da Projekte „von außen“ oft an den Interessen der Menschen vorbeigehen: Es geht darum, aus Betroffenen Beteiligte zu machen. Die Gesundheitsförderung in St. Leonhard/ Schweinau soll so entwickelt werden, dass sie mit einem möglichst geringen Anpassungs- und Personalaufwand auch auf andere Stadtteile übertragen werden kann.
- Aufgrund der demographischen Entwicklung wird es nötig sein, sich verstärkt auch mit der gesundheitlichen Lage und mit der Gesundheitsförderung älterer Menschen zu befassen; unter ihnen sind allein lebende Personen besonders vulnerabel. Dies erfordert eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Sozial-/Senioren- und Gesundheitsbereich. Dennoch sollen Kinder und Jugendliche weiterhin eine zentrale Zielgruppe der Gesundheitsförderung bleiben.
- Beinahe die Hälfte der NürnbergerInnen hat einen Migrationshintergrund. Dies bedeutet, dass die Zielgruppe einer migrantensensiblen Gesundheitsförderung keine Minderheit mehr darstellt, sondern im Rahmen der allgemeinen Gesundheitsversorgung zentrale Bedeutung hat. Innerhalb des Gesundheitsamtes gibt es bereits einen Arbeitsbereich migrantenbezogene Gesundheitsförderung. Bei der derzeit anstehenden Fortschreibung des Gesundheitsteils des städtischen Integrationsprogramms sollen differenzierte Handlungsansätze erarbeitet werden; auch hier wird der sozialräumliche Bezug im Vordergrund stehen.
- Die besonders belastende Situation Alleinerziehender ist unter anderem Gegenstand der Arbeit des Nürnberger „Netzes gegen Armut“, an dem auch das Gesundheitsamt beteiligt ist. Verbesserungen ihrer sozialen Situation, einschließlich der Förderung sozialer Netzwerke, haben direkte gesundheitsprotektive Auswirkungen. Hier gilt es, insbesondere in sozial benachteiligten Stadtteilen unterstützende Angebote aufzubauen bzw. auszuweiten.

- Ein Zusammenwirken verschiedener gesellschaftlicher Kräfte, v.a. Arbeitgeber-/ Arbeitnehmervertretungen, Krankenkassen sowie weiterer Akteure des Gesundheitswesens ist notwendig, um Ansatzpunkte einer Reduzierung der gesundheitlichen Belastung Arbeitsloser bzw. von Arbeitslosigkeit bedrohter Bevölkerungsgruppen zu erarbeiten. Hierzu wird das Gesundheitsamt demnächst konzeptionelle Vorschläge vorlegen, die aber nur in einem Kooperationsverbund Umsetzungschancen haben können.
- Zunehmende soziale Ungleichheit hat erhebliche gesundheitliche Konsequenzen für die sozial schlechter Gestellten. Dies bedeutet zugleich, dass die Gesundheitsrelevanz von politischen und gesellschaftlichen Entscheidungen verstärkt berücksichtigt werden muss. Als Anwalt für die gesundheitlichen Belange der Bevölkerung hat der Öffentliche Gesundheitsdienst auch auf kommunaler Ebene die Aufgabe, gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse so aufzubereiten, dass sie zur Politikberatung dienen können. Dies beinhaltet auch eine fachlich fundierte Öffentlichkeitsarbeit, um die komplexen Zusammenhänge zwischen gesellschaftlichen Entwicklungen und Gesundheit insbesondere dort zu verdeutlichen, wo kommunale Gestaltungsspielräume bestehen.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Bevölkerungsbezogener Krebsregister in Deutschland (Hrsg.): Krebs in Deutschland, Saarbrücken, 2004

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (Hrsg.): Datenquellen der Gesundheitsberichterstattung für die Landkreise und kreisfreien Städte Bayerns, Handlungshilfe GBE-Praxis 3, Erlangen, 2005

ders.: Die regionalen Unterschiede der Sterblichkeit in Bayern

ders.: Gesundheitsmonitor Bayern 1/2008 Unfälle in Bayern

ders.: Gesundheitsmonitor Bayern 2/ 2007, Rauchen und Nichtrauchen in Bayern – Update 2007

ders.: Gesundheitsreport Bayern 2/ 2009, Gesundheit im Alter

Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Todesursachenstatistik 2000-2007, zur Verfügung gestellt durch das Amt für Statistik und Stadtforschung der Stadt Nürnberg

ders.: Bayerisches Landesamt für Statistik und Datenverarbeitung: Altersstruktur der Bevölkerung Bayerns, Statistische Berichte AI 3-J

ders.: Statist. Berichte AIVV 3 j2007: Gestorbene in Bayern im Jahr 2007

Krankenhausstatistik, Teil II – Diagnosen

Bevölkerungsbezogenes Krebsregister Bayern, Registerstelle (Hrsg.): 10 Jahre bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung in Bayern, Krebs in Bayern im Jahr 2005

Berechnungen des bevölkerungsbezogenen Krebsregisters, Datenstand 19.8.2009

Bezirksamt Hohenschönhausen von Berlin, Plan- und Leitstelle Gesundheit (Hrsg.): Ungleiche Gesundheit in Berlin, Berlin 2000

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Stuttgart, 2001

Bundesministerium für Gesundheit (Hrsg.): Daten des Gesundheitswesens 2001, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bonn 2001

Fiedler, G.: Suizide, Suizidversuche und Suizidalität in Deutschland, Hamburg 2003

Forschungsgruppe Gesundheitsberichterstattung: Aufbau einer Gesundheitsberichterstattung, Bd. II, St. Augustin, 1990

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Stadt-Diagnose – Gesundheitsbericht Hamburg 1992

Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt (Hrsg.): Münchner Gesundheitsmonitoring 2004

Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Iögd NRW (Hrsg.): Integrierte Basis-Berichterstattung für gesündere Städte und Kommunen, Bielefeld 2004

Magistrat der Stadt Wien, Bereichsleitung für Gesundheitsplanung und Finanzmanagement, Gesundheitsberichterstattung (Hrsg.): Lebenserwartung und Mortalität in Wien, Wien 2003

MIELCK, A.: Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Bern 2000

Pschyrembel, W. (Hrsg.): Medizinisches Wörterbuch, 257. Auflage, Hamburg 1993

Robert-Koch-Institut (RKI) (Hrsg.): Der Lebensverlängerungsprozeß in Deutschland, Berlin 2001
 ders.: Arbeitslosigkeit und Gesundheit, GBE des Bundes, H. 13, Berlin 2003
 ders.: Infektionsepidemiologisches Jahrbuch meldepflichtiger Krankheiten für 2001 und für 2008
 ders.: Gesundheit in Deutschland, Berlin 2006
 ders.: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit

SIEGRIST, J.: Medizinische Soziologie, München/Wien/Baltimore, 1995
 Amt für Stadtforschung und Statistik für Nürnberg und Fürth (Hrsg.): Statistische Jahrbücher der Stadt Nürnberg 1991-2008
 ders.: Statistischer Monatsbericht für Dezember 2008
 ders.: Leben in Nürnberg, Ergebnisse der Wohnungs- und Haushaltserhebung 1995, Nürnberg 1998
 ders.: Statistischer Monatsbericht Januar 2007: Pfundskerle und Wespentailen: Wann ist man und frau eigentlich zu dick?
 ders.: „Sind Sie Raucher/-in?“, Monatsbericht Oktober 2004
 ders.: Wohnungs- und Haushaltserhebung 2006
 Stadt Nürnberg, Gesundheitsamt: Mortalität in Nürnberg, 2004
 ders.: Basisdaten zum Gesundheitszustand der Nürnberger Bevölkerung, Januar 2006
 Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998
 SÜß, W./ PODSZUWEIT, U.: Integrierte nachhaltigkeitsorientierte Berichterstattung: Profile von 35 Kernindikatoren, in: Landesinstitut für den öffentlichen Gesundheitsdienst Iögd NRW (Hrsg.): a.a.O: S. 113-155

Internet-Quellen

www.lgl.bayern.de/gesundheitsindikatoren, 10.6.2009 Indikator 02.12
 a.a.O.: 10.6.2009, Kommentar zu Indikator 02.12
 a.a.O.: 16.6.2009, Indikator (L) 3.7
 a.a.O.: 16.6.2009, Kommentar zu Indikator (L) 3.7
 a.a.O.: 26.8.2009, Indikator (B/L) 4.13
 a.a.O.: 27.8.2009, Indikator 3.33
 a.a.O.: 27.8.2009, Kommentar zu Indikator 3.33
 a.a.O.: 9.6.2009 Indikator 02.07
 a.a.O.: 9.6.2009 Indikator 02.12
 a.a.O.: 10.6.2009, Indikator 02.10
 a.a.O.: 10.6.2009, Indikator 03.10
 a.a.O.: 10.6.2009, Indikator 3.9 A
 a.a.O.: 6.10.2009 Indikator (L) 2.21
 a.a.O.: 16.6.2009, Indikator (L) 2.23

a.a.O.: 27.8.2009, Indikator 03.118
a.a.O.: 27.8.2009, Indikator 8.8
a.a.O.: 27.8.2009, Indikator 8.13
www.gbe-bund.de , 10.11.2005, 11.3.2005, 21.9.2008
www.rki.de, 13.9.2005
www.allianz-gegen-mangelernaehrung.de, 28.5.2008
Statistisches Bundesamt, Mikrozensus 2005, Fragen zur Gesundheit, www.gbe-bund.de, Stand 26.8.2009
Robert-Koch-Institut (RKI): Telefonischer Gesundheitssurvey (GSTel03) 2002/03, Quelle: www.gbe-bund.de, 24.4.2008
Statistisches Bundesamt, zitiert nach www.statistidaten.bayern.de/genesis/online vom 12.10.2005
Statistisches Bundesamt Deutschland, www.destatis.de am 26.2.2009
Amtliche Todesursachen- und Einwohnerstatistik, www.gbe-bund.de , 23.6.2009
a.a.O.: www.gbe-bund.de, 13.8.2009
a.a.O.: www.gbe-bund.de am 12.8.2009
SurvStat@RKI, 19.8.2009, Datenstand 1.3.2009
a.a.O.: 20.8.2009, Datenstand 1.3.2009