

## Todesursachen

### Zeitliche Entwicklung seit 1998



Von Günther Ickler

Im Jahr 2006 sind in Rheinland-Pfalz fast 42 000 Menschen verstorben. Krankheiten des Kreislaufsystems waren mit einem Anteil von 45% die häufigste Todesursache. Mehr als 25% aller Sterbefälle waren auf eine bösartige Neubildung (Krebs) zurückzuführen. Die Entwicklung im Zeitablauf zeigt insgesamt eine deutlich rückläufige Sterblichkeit. Indessen gibt es einige Todesursachen, die zunehmend häufiger auftreten. Dieser Beitrag beschreibt die Sterblichkeit nach Todesursachen und Geschlecht in den Jahren von 1998 bis 2006.

#### Klassifizierung der Todesursachen international vergleichbar

Arzt füllt Leichenschauchein aus

Den Bestimmungen des Bestattungsgesetzes entsprechend ist nach einem Sterbefall ein Arzt hinzuzuziehen, der den Tod zweifelsfrei feststellt und eine offizielle Todesbescheinigung ausstellt. In diesen sogenannten Leichenschauchein sind nach Festlegungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Angaben in folgender Differenzierung einzutragen:

- Welche Krankheit hat den Tod unmittelbar herbeigeführt?
- Welche Krankheiten oder Verletzungen lösten den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände aus?
- Welche anderen wesentlichen Krankheitszustände bestanden zur Zeit des Todes?

Sterbefälle sind den Standesämtern anzuzeigen. Diese übermitteln dem Statistischen Landesamt monatlich Angaben zu den Gestorbenen. Hieraus wird die Statistik der nach Alter und Geschlecht differenzierten Sterbefälle in regionaler Untergliederung erstellt.

Der vertrauliche Teil der vom Arzt erstellten Todesbescheinigung wird in anonymisierter Form über das zuständige Gesundheitsamt an das Statistische Landesamt übermittelt. Für die Todesursachenstatistik ist auf der Grundlage der Angaben in der Todesbescheinigung das für den Tod verantwortliche Grundleiden zu bestimmen. Dieses ist definiert als „die Krankheit oder Verletzung, die den Ablauf der direkt zum Tode führenden Krankheitszustände auslöste, oder die Umstände des Unfalles oder der Gewalteinwirkung, die den tödlichen Ausgang verursachten“.

Standesämter übermitteln monatlich Angaben zu den Gestorbenen

Gesundheitsämter leiten Todesbescheinigung an das Statistische Landesamt

Zum Tode führenden Grundleiden geht als Todesursache in die Statistik ein

## Klassifizierung der Todesursachen – ICD 10

Die Todesursachen werden nach einem international vergleichbaren System verschlüsselt. Diese von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ liegt seit dem 1. Januar 1998 in ihrer zehnten revidierten Fassung (ICD 10) vor.<sup>1)</sup>

Die Klassifizierung der Todesursachen erfolgt nach insgesamt 1 577 Einzelpositionen, die zu 211 sogenannten Hauptgruppen und 19 Kapiteln zusammengefasst sind.

Die 19 Kapitel umfassen im Einzelnen:

- Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten (A00-B99)
- Neubildungen (C00-D48)
- Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe (D50-D89)
- Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
- Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
- Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
- Krankheiten des Auges und der Augenanhangsgebilde (H00-H59)
- Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)
- Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
- Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
- Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)
- Krankheiten der Haut und der Unterhaut (L00-L99)
- Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
- Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99)

- Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett (O00-O99)
- Bestimmte Zustände, die ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben (P00-P96)
- Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)
- Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
- Verletzungen und Vergiftungen (S00-T98)

Darunter befinden sich auch die nachstehend genannten Einzelpositionen bzw. Gruppierungen, auf die in der Diskussion über die Todesursachen häufig Bezug genommen wird:

- Tuberkulose (A15-A19)
- Virushepatitis (B15-B19)
- HIV-Krankheit (B20-B24)
- Bösartige Neubildungen (C00-C97)
- Diabetes mellitus (E10-E14)
- Akuter Myokardinfarkt (I21)
- Schlaganfall (I64)
- Plötzlicher Kindstod (R95)

Todesfälle, die dem letzten ICD-Kapitel (S00-T98) zugeordnet sind, werden zusätzlich nach ihrem äußeren Einfluss signiert. Hierzu zählt beispielsweise die Position

- Vorsätzliche Selbstbeschädigung (X60-X84)

1) ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Einführung der ICD 10 am 1. Januar 1998

Die Ermittlung des Grundleidens erfolgt durch besonders geschulte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Statistischen Landesamt. Dabei ist die von der WHO entwickelte „Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ zugrunde zu legen, deren zehnte revidierte Fassung (ICD 10) zum 1. Januar 1998 verbindlich eingeführt wurde.

Um Strukturbrüche in der Darstellung zu vermeiden, wird die zeitliche Entwicklung der Sterblichkeit ab dem Jahr 1998 betrachtet.

Die Todesursachenstatistik wird als wichtigste Informationsbasis für die Beurteilung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung angesehen. Sie ist die einzige umfassende

Quelle, die für sämtliche Sterbefälle einer Population nach einem einheitlichen – und damit für analytische Zwecke verwendbaren – Verfahren die Ursachen für die zum Tode führenden Ereignisse darstellt.

## Mehr Sterbefälle trotz höherer Lebenserwartung

Lebenserwartung in den letzten 50 Jahren um mehr als zehn Jahre gestiegen

Die Zahl der Gestorbenen wird maßgeblich von der Lebenserwartung beeinflusst, die sich auf lange Sicht kontinuierlich erhöht hat. Derzeit liegt sie für ein neugeborenes Mädchen bei 81,6 und für einen neugeborenen Jungen bei 76,5 Jahren. Damit ist die Lebenserwartung bei der Geburt innerhalb von 50 Jahren um mehr als zehn Jahre gestiegen.

Gleichwohl ist langfristig gesehen eine tendenziell zunehmende Zahl von Sterbefällen zu verzeichnen. So lag das Niveau der Gestorbenenanzahlen Anfang der 1950er-Jahre um rund 10 000 Personen unter dem gegenwärtigen. Diese Entwicklung erklärt sich aus der wachsenden Gesamtbevölkerung und der zunehmenden Zahl älterer Menschen; keinesfalls kann aber eine gestiegene Sterblichkeit die Ursache sein.

Im Jahr 2006 sind 41 973 Rheinland-Pfälerinnen und Rheinland-Pfäler verstorben. Damit hat sich die Zahl der Gestorbenen in dem Beobachtungszeitraum seit 1998 nicht wesentlich verändert. Auffällig ist jedoch der mit 43 933 Sterbefällen vergleichsweise hohe Wert für das Jahr 2003. Als Ursache hierfür sind die besonderen klimatischen Verhältnisse zu vermuten: Der Sommer 2003 wies gegenüber dem langfristigen Mittelwert deutlich höhere Temperaturen auf.

Klima 2003 wirkt sich auf Gestorbenenanzahl aus

Ein Vergleich der Geschlechter zeigt, dass stets mehr Frauen als Männer sterben, obwohl sich das weibliche Geschlecht durch eine allgemein höhere Lebenserwartung auszeichnet. Der Grund ist in dem höheren Frauenanteil in der Bevölkerung zu sehen. Dieser ist besonders ausgeprägt bei den älteren Jahrgängen zu beobachten, die natürlicherweise einem höheren Sterblichkeitsrisiko unterliegen.

Um den Einfluss des Bevölkerungsumfangs auf die Gestorbenenanzahlen zu eliminieren, wird die Zahl der Gestorbenen auf 100 000 Personen bezogen. Da sich die Einwoh-

T 1		Gestorbene 1998–2006 nach Geschlecht								
Geschlecht	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	
Anzahl										
Insgesamt	42 708	42 524	42 088	42 222	42 669	43 933	41 563	42 784	41 973	
Männer	19 890	19 802	19 660	19 881	19 925	20 548	19 411	20 008	19 730	
Frauen	22 818	22 722	22 428	22 341	22 744	23 385	22 152	22 776	22 243	
je 100 000 der Bevölkerung										
Insgesamt	1 062	1 056	1 044	1 045	1 053	1 083	1 024	1 054	1 035	
Männer	1 010	1 003	995	1 004	1 002	1 032	975	1 005	992	
Frauen	1 112	1 106	1 091	1 085	1 102	1 132	1 071	1 101	1 077	
je 100 000 der Standardbevölkerung <sup>1)</sup>										
Insgesamt	695	678	663	650	647	655	610	608	583	
Männer	905	879	855	841	826	832	765	762	726	
Frauen	543	531	519	507	512	518	486	484	467	

1) Auf Grundlage der „alten“ europäischen Standardbevölkerung.

nerzahl im Vergleichszeitraum aber nicht wesentlich geändert hat, entspricht der Verlauf dieser Verhältniszahlen weitgehend der bei den absoluten Zahlen dargestellten Entwicklung.

Mittels Standardisierung lassen sich außerdem Altersstruktureffekte ausschalten. Auch diese standardisierten Sterbeziffern weisen für den Beobachtungszeitraum eine insgesamt rückläufige Sterblichkeit nach.

### Häufigste Todesursache sind Kreislauferkrankungen

Insbesondere Ältere und Frauen betroffen

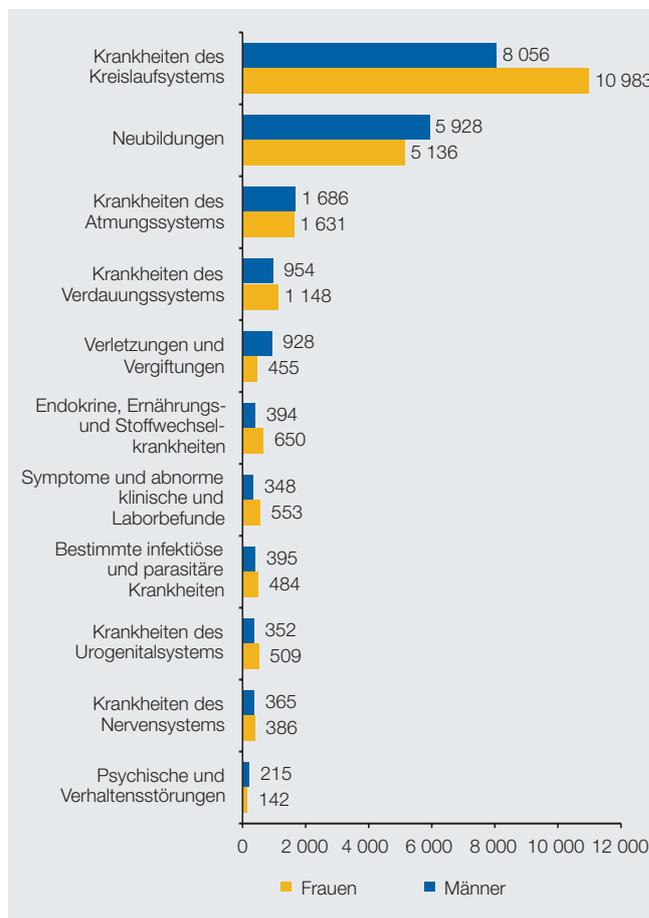
Von den 41 973 Sterbefällen des Jahres 2006 waren 19 039 auf ein Herz-Kreislauf-Leiden zurückzuführen. Dies war mit einem Anteil von 45,4% der mit Abstand am häufigsten zum Tode führende Krankheitszustand. Dabei waren insbesondere ältere Menschen von dieser Todesursache betroffen. So waren 85,6% der hieran Verstorbenen über 70 Jahre alt; bei der Gesamtzahl aller Gestorbenen lag der Anteil dieser Altersgruppe mit 75,6% deutlich niedriger. Da der Frauenanteil in der älteren Bevölkerung erheblich größer ist, erklärt sich hieraus auch, dass deutlich mehr Frauen (10 983) als Männer (8 056) infolge von Kreislauferkrankungen starben.

Neubildungen zweithäufigste Todesursache

Zweithäufigste Todesursache sind die sogenannten Neubildungen. Bei 11 064 Menschen (26,4%) führten die verschiedenen Formen dieser Krankheit zum Tode. An Neubildungen starben mehr Männer (5 928) als Frauen (5 136). Der Anteil der über 70-Jährigen lag bei dieser Todesursache mit 62,2% weit unter ihrem durchschnittlichen Anteil an allen Gestorbenen. Der größte Teil der Sterbefälle aufgrund von Todesursachen nach diesem ICD-Kapitel entfiel auf die bösartigen Neubildungen (Krebs), denen 10 806 Menschen zum Opfer fielen.

S 1

### Gestorbene 2006 nach ausgewählten Todesursachen und Geschlecht



An Krankheiten des Atmungssystems starben 3 317 Menschen (7,9%). Männer waren etwas häufiger (1 686) als Frauen (1 631) betroffen. Krankheiten des Verdauungssystems waren für 2 102 Personen die Todesursache (5%). Hier waren die Frauen in der Überzahl (1 148 Frauen gegenüber 954 Männern).

13% starben an Krankheiten des Atmungssystems und des Verdauungssystems

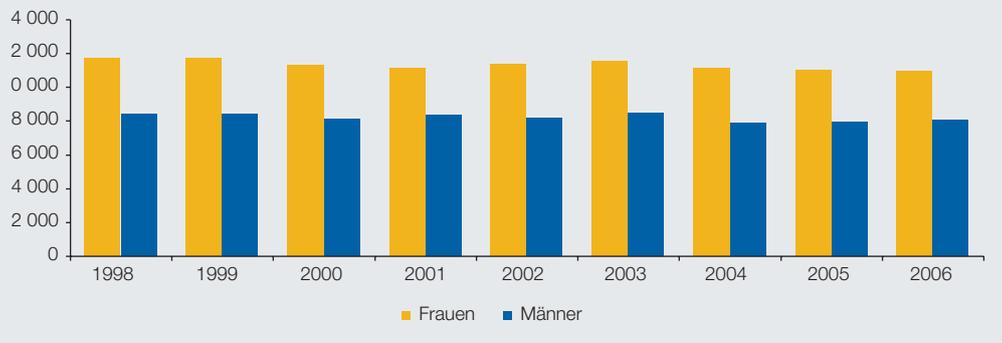
Todesursachen nach allen anderen ICD-Kapiteln kommt, gemessen an ihren Fallzahlen, eine weitaus geringere Bedeutung zu.

### Zeitliche Entwicklung zeigt unterschiedliche Verläufe

Der zeitliche Verlauf der absoluten Fallzahlen für die vier am stärksten vertretenen

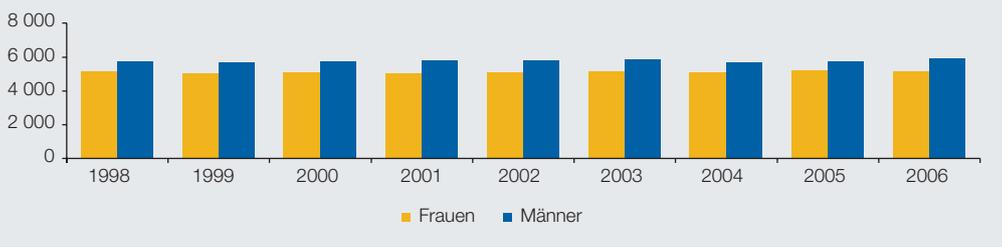
S 2

Sterbefälle aufgrund von Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)  
1998–2006 nach Geschlecht



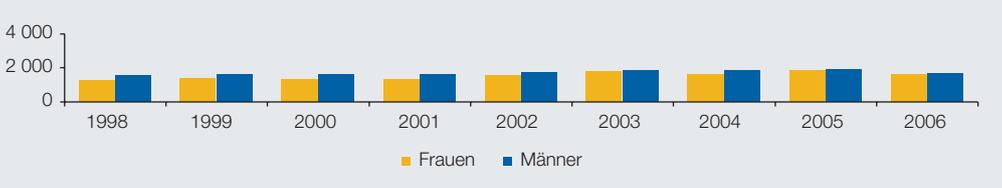
S 3

Sterbefälle aufgrund von Neubildungen (C00-D48)  
1998–2006 nach Geschlecht



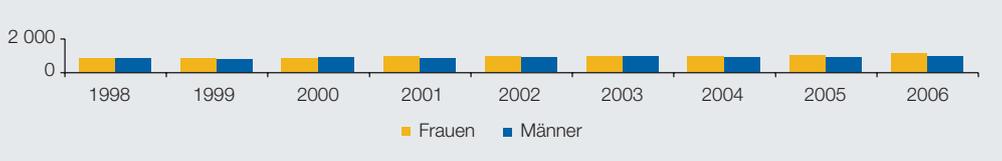
S 4

Sterbefälle aufgrund von Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)  
1998–2006 nach Geschlecht



S 5

Sterbefälle aufgrund von Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93)  
1998–2006 nach Geschlecht



## Info

**Gesundheitsberichterstattung**

Die Todesursachenstatistik ist auch Bestandteil einer umfassenden sogenannten Gesundheitsberichterstattung, die detaillierte Informationen über den Gesundheitszustand der Bevölkerung vermittelt.

Nahezu 300 statistische Indikatoren beschreiben darin in Form von Grafiken und Tabellen die gesundheitliche Lage der Bevölkerung sowie die Ressourcen und Leistungen im Gesundheitswesen. Dazu gehören auch Merkmale, die in engem Zusammenhang mit der Gesundheit gesehen werden können. Wegen der wechselseitigen Abhängigkeit zwischen Gesundheit und sozialer Lage der Bevölkerung sind dies beispielsweise sozialstrukturelle Daten.

Die Indikatoren stellen aggregierte Sachverhalte dar, die vor dem Hintergrund gesundheitspolitischer Ziele ein Monitoring der gesundheitlichen Lage sowie der Ressourcen und Leistungen im Gesundheitssektor ermöglichen. Sie werden dem Datenbestand der Gesundheitsstatistiken und anderer Statistiken entnommen und regelmäßig aktualisiert.

Der zwischen den Bundesländern abgestimmte Indikatorenkatalog geht auf einen Beschluss der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) aus dem Jahr 1991 zurück, der von der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) mittlerweile mehrfach überarbeitet wurde.

Geschlechtsspezifische Unterschiede weitgehend konstant

ICD-Kapitel zeigt deutlich ausgeprägte und dabei meist relativ konstante geschlechtsspezifische Unterschiede. Die Krankheiten des Kreislaufsystems als Todesursache zeigen im Zeitablauf einen leicht fallenden Trend. Eher uneinheitlich ist die Entwicklung bei den Sterbefällen aufgrund von Neubildungen; hier gab es vergleichsweise niedrige Werte in den Jahren 1999 und 2004. Deutlicher wachsende Zahlen zeigen die Krankheiten des Atmungssystems, allerdings auf einem wesentlich niedrigeren Niveau. Im Zeitablauf steigende Sterbefälle

zahlen sind auch bei den Krankheiten des Verdauungssystems zu verzeichnen.

Die Betrachtung der absoluten Gestorbenenzahlen allein erlaubt noch keine hinreichenden Aussagen über die Sterblichkeit einer Bevölkerung. So sterben tendenziell mehr Menschen, je größer der Umfang einer Population ist, aber auch je mehr ältere Menschen zu ihr zählen. Mit dem demografischen Wandel geht eine wachsende Zahl älterer Menschen einher; so hat sich die Zahl der über 60-Jährigen innerhalb der letzten 50 Jahre mehr als verdoppelt. Selbst in dem hier betrachteten relativ kurzen Vergleichszeitraum liegt der Zuwachs in dieser Altersgruppe bereits bei 8,5%.

Schon diese Entwicklung führt – bei sonst gleichbleibenden Einflussfaktoren – zu einer wachsenden Zahl von Sterbefällen. Zur Ausschaltung dieses Effekts wird die Zahl der Sterbefälle auf eine feststehende Bevölkerungsstruktur bezogen. Auf diese Weise werden Sterblichkeitsvergleiche ermöglicht, die vom Altersaufbau der Bevölkerung unabhängig sind.

**Aussagefähige Vergleiche durch Altersstandardisierung**

Das wesentliche Ziel einer Sterblichkeitsanalyse ist der zeitliche oder regionale Vergleich. So lassen sich beispielsweise Fragen nach einem Anstieg bestimmter Todesursachen in den letzten Jahren oder nach Unterschieden der Sterblichkeit zwischen einzelnen Landkreisen untersuchen.

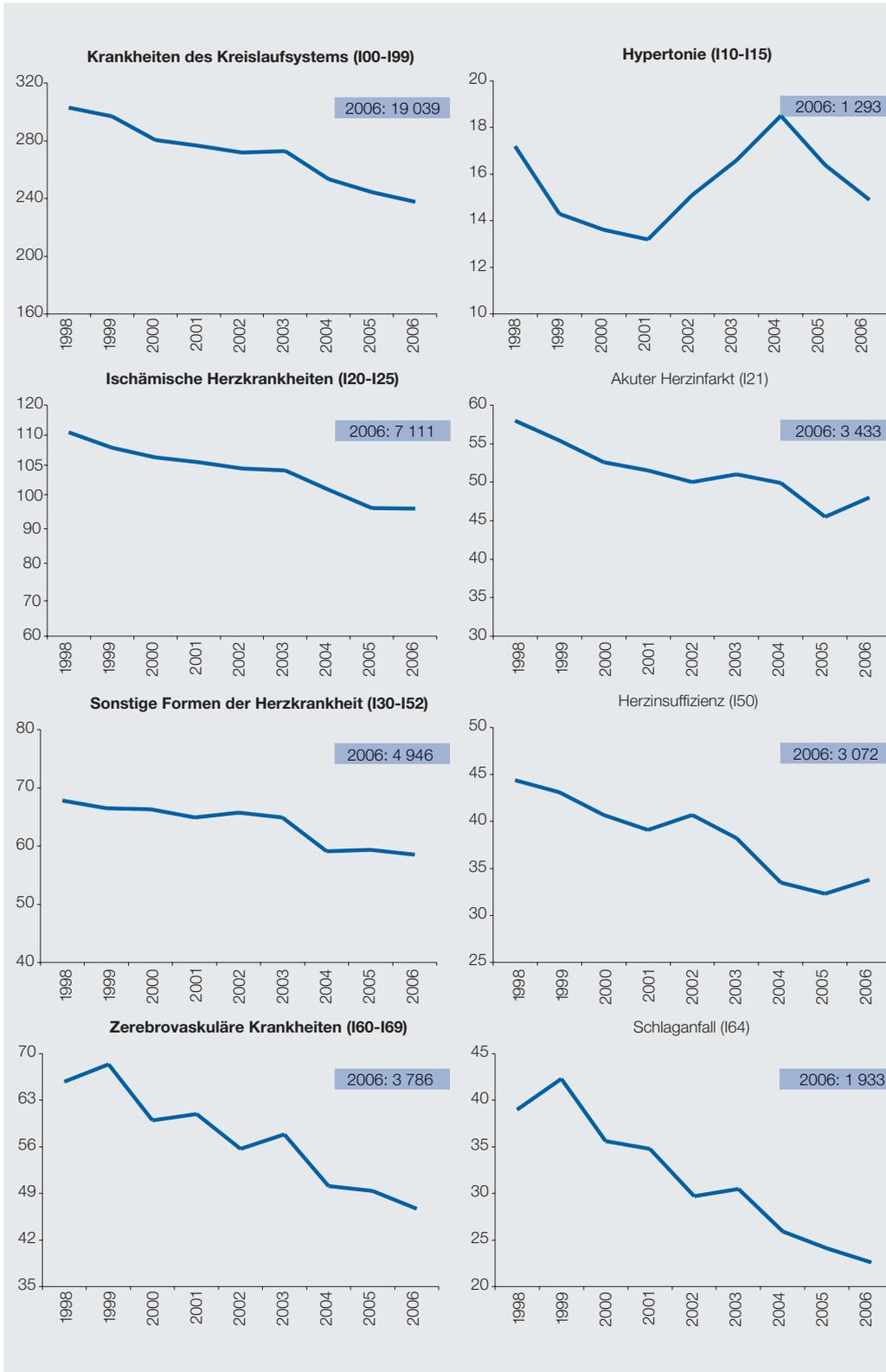
Unterschiede im Altersaufbau und der Geschlechtsverteilung von Populationen haben jedoch einen starken Einfluss auf das Mortalitätsgeschehen. Daher können vergleichende Analysen nicht bei den absoluten

Absolute Zahlen erlauben nur eingeschränkte Aussagen zur Sterblichkeit

Zeitliche und regionale Vergleiche der Sterblichkeit

S 6

**Gestorbene 1998–2006  
nach ausgewählten Krankheiten des Kreislaufsystems  
Standardisierte Sterbeziffern (je 100 000)**



Sterbefallzahlen oder der Anzahl der Sterbefälle je 100 000 Einwohner ansetzen.

Um den Vergleich zwischen Populationen mit unterschiedlichen Altersstrukturen zu ermöglichen, werden die Sterbefallzahlen auf eine einheitliche Bevölkerungsstruktur, eine sogenannte Standardbevölkerung, bezogen. Dies gilt für regionale Vergleiche, aber auch die zeitliche Entwicklung einer durch zunehmende Alterung gekennzeichneten Population.

Die Wahl der Standardbevölkerung ist grundsätzlich beliebig, vorausgesetzt es wird bei allen Vergleichen immer dieselbe Population benutzt. Zu beachten ist aber, dass altersstandardisierte Raten lediglich fiktive Kennziffern darstellen, die nur dem Vergleich dienen sollen, ihrer absoluten Größe nach aber nicht oder nur eingeschränkt interpretierbar sind.

Auch Standardisierung hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede

Bei Analysen im Bereich des Gesundheitswesens wird üblicherweise auf eine „alte EU-Bevölkerung“<sup>1)</sup> zurückgegriffen. Dabei werden beide Geschlechter auf die gleiche Altersstruktur bezogen, was zur Folge hat, dass die Ergebnisse auch hinsichtlich geschlechtsspezifischer Unterschiede interpretierbar sind.

Standardisierung belegt insgesamt sinkende Mortalität...

Die auf 100 000 Personen der Standardbevölkerung bezogenen Sterbeziffern zeigen zwischen 1998 und 2006 einen kontinuierlichen Rückgang der Sterblichkeit von 695 auf 583, jedoch mit einem deutlichen

Ausreißer im Jahr 2003. Hier wird noch einmal die aufgrund des heißen Sommers höhere Sterblichkeit in diesem Jahr dokumentiert. Infolgedessen ist die Sterblichkeit im Jahr 2004 erkennbar stärker gesunken, als aufgrund der längerfristigen Entwicklungstendenz zu erwarten gewesen wäre. Dies zeigt, dass es sich im Jahr 2003 offensichtlich zum Teil um „vorweggenommene“ Todesfälle handelte, die dann im Folgejahr ausgeblieben sind.

Die Zeitreihe der standardisierten Sterbeziffern belegt auch ein wesentlich höheres Sterberisiko der Männer, das allerdings im Vergleichszeitraum stärker gesunken ist, als dies bei den Frauen der Fall war.

... und höhere Sterblichkeit der Männer

### Krankheiten des Kreislaufsystems und bösartige Neubildungen als Todesursache rückläufig

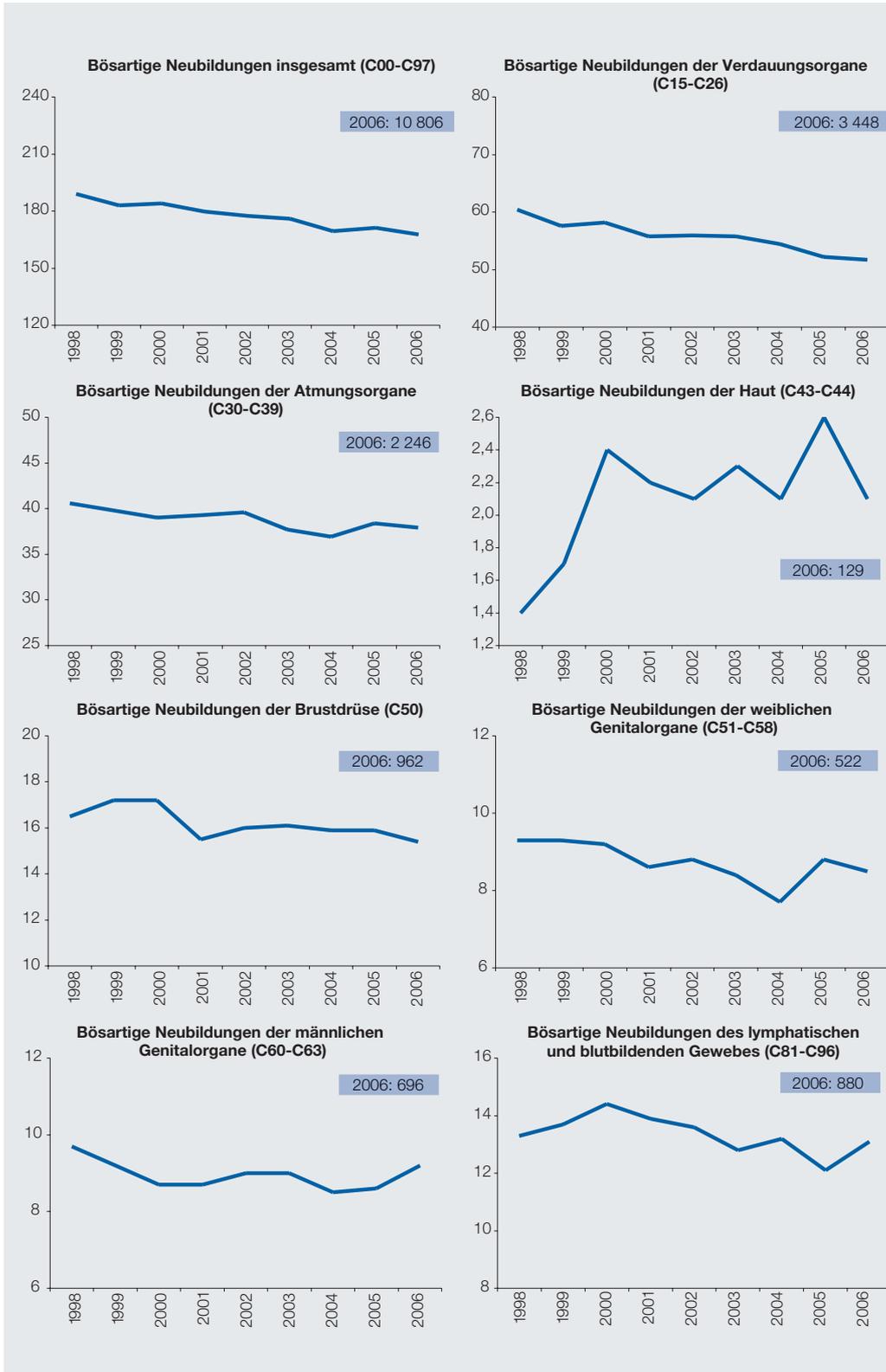
Im Folgenden wird die Entwicklung der Sterblichkeit nach verschiedenen Todesursachen betrachtet, dabei findet keine Unterscheidung nach dem Geschlecht statt. Dies erhöht die Anschaulichkeit der Darstellung und erweitert die Möglichkeiten zum Nachweis von Ergebnissen auch für seltenere Todesursachen.

Die Darstellung der standardisierten Sterbeziffern erfolgt in jeweils eigenen Schaubildern, deren Wertebereich auf der Ordinate grundsätzlich das Doppelte eines gewählten Basiswertes umfasst.<sup>2)</sup> Auf diese Weise sind die Verläufe hinsichtlich ihrer zeitlichen Entwicklung vergleichbar. In den Schaubildern ist jeweils auch die absolute Gestorbenenanzahl für das Jahr 2006 angegeben (siehe Schaubilder 6 bis 8).

1) Die „alte“ EU-Standardbevölkerung unterstellt den Gruppen der Frauen und Männer eine identische Altersstruktur. Demgegenüber liegt der „neuen“ EU-Standardbevölkerung eine Geschlechtsdifferenzierung in drei Bevölkerungsstrukturen (Frauen, Männer, insgesamt) zugrunde, die bezüglich der Vergleichbarkeit der standardisierten Raten inzwischen eher als Nachteil gesehen wird. Daher wird wieder auf die „alte“ EU-Bevölkerung als Standard zurückgegriffen.  
2) In Einzelfällen musste der Wertebereich weiter gefasst werden.

S 7

**Gestorbene 1998–2006  
nach ausgewählten bösartigen Neubildungen  
Standardisierte Sterbeziffern (je 100 000)**



Sinkende Mortalität bei den Krankheiten des Kreislaufsystems

Die standardisierten Mortalitätsraten zeigen für die Gesamtheit der Krankheiten des Kreislaufsystems einen deutlich sinkenden Trend. Der bei der allgemeinen Sterblichkeitsentwicklung bereits angesprochene Sondereffekt in den Jahren 2003 und 2004 kommt auch hier wieder deutlich zum Ausdruck.

Schlaganfall als Todesursache erheblich seltener

Dieser Verlauf ist grundsätzlich auch bei einer differenzierteren Analyse der Todesursachen innerhalb dieses ICD-Kapitels zu verzeichnen. Besonders deutlich aber ist die Sterblichkeit infolge eines Schlaganfalls zurückgegangen. Allgemein haben die zerebrovaskulären (die Hirndurchblutung betreffenden) Krankheiten, zu denen der Schlaganfall zählt, als Todesursache überdurchschnittlich an Bedeutung verloren.

Herzinfarkt seltener, aber 2006 Zunahme

Auch für den akuten Herzinfarkt ist eine klar rückläufige Entwicklung zu verzeichnen. Aktuell hat diese Todesursache aber offenbar wieder an Bedeutung gewonnen. In absoluten Zahlen ausgedrückt gab es im Jahr 2006 mit 3 433 Herzinfarkt-toten rund 250 mehr als 2005.

Bösartige Neubildungen weniger stark rückläufig

Die Sterblichkeit aufgrund bösartiger Neubildungen ist seit 1998 zwar ebenfalls eindeutig zurückgegangen, aber nicht so stark wie die Sterblichkeit aufgrund von Kreislauf-erkrankungen. Auch ist hier der aus den klimatischen Verhältnissen des Jahres 2003 resultierende Sondereinfluss nicht zu beobachten. Abweichend von der allgemeinen Tendenz dieses ICD-Kapitels zeigen die bösartigen Neubildungen (Melanome) der Haut einen steigenden Trend. Die geringen Fallzahlen bedingen hier aber größere Zufallseinflüsse und damit einen weniger gut abgesicherten Verlauf.

Mehr Melanome

3) Hier ist bei der Interpretation der Grafik die abweichende Skalierung der Ordinate zu beachten.

Die bei den häufigsten Todesursachen aufgezeigten rückläufigen Sterblichkeitstrends sind bei den Krankheiten des Atmungssystems und denen des Verdauungssystems nicht zu erkennen. Hier ist eine leichte Zunahme der Mortalitätsraten zu beobachten.

Krankheiten des Atmungs- und des Verdauungssystems führen häufiger zum Tod

### Auch andere stärker beachtete Todesursachen rückläufig

Über den gesamten Betrachtungszeitraum rückläufig war auch die Zahl der Menschen, die aus eigenem Entschluss ihrem Leben ein Ende setzten. Während im Jahr 1998 noch 619 Menschen den Freitod wählten, waren es im Jahr 2006 noch 510. Die relative Abnahme der standardisierten Sterbeziffer, die von 13,9 auf 10,5 zurückging, fällt noch deutlicher aus. Da die Altersstandardisierung die zunehmende Alterung rechnerisch ausschaltet, kommt hierin zum Ausdruck, dass eher ältere Menschen ihr Leben freiwillig beenden.

Deutlich weniger Selbstmorde

Auch der im Volksmund als Zuckerkrankheit bezeichnete Diabetes mellitus ist zunehmend seltener Grund für den Tod. Im Jahr 1998 starben 1 222 Menschen an dieser Krankheit; 2006 waren es 924. Die Abnahme findet sich auch bei den altersstandardisierten Werten wieder.

Diabetes seltener Todesursache

Eine hinsichtlich der Fallzahlen nur geringe Bedeutung haben die drei abschließend betrachteten Todesursachen. Die niedrigen Zahlen haben auch zur Folge, dass die aufgezeigte Entwicklung keinesfalls statistisch signifikant ist; gleichwohl ist der Verlauf recht eindeutig. So sind Virushepatitis und HIV-Krankheit immer seltener Ursache für den Tod eines Menschen.

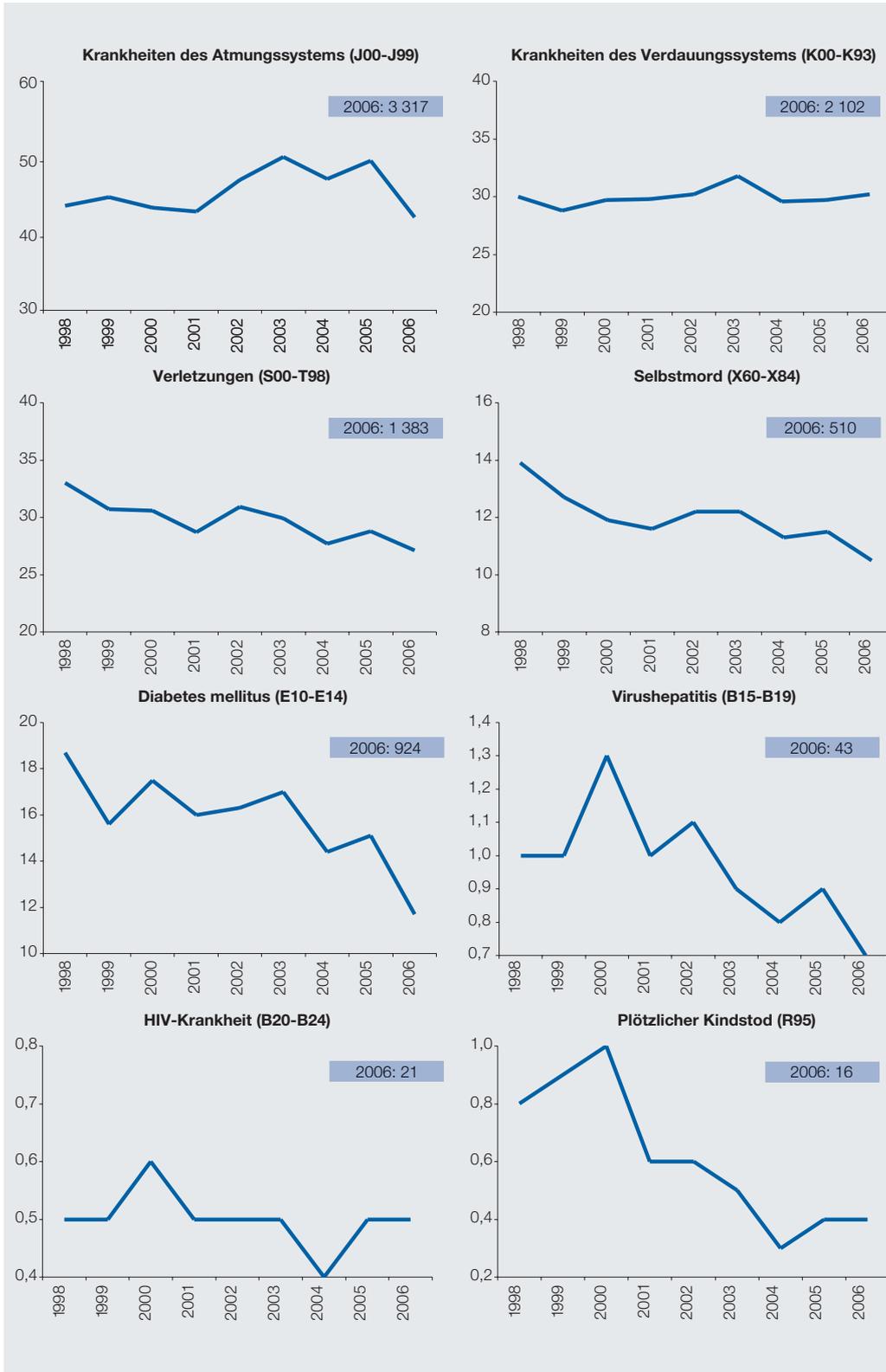
HIV und Hepatitis rückläufig

Besonders deutlich abgenommen hat der plötzliche Kindstod.<sup>3)</sup> In absoluten Zahlen ausgedrückt waren im Jahr 2006 noch

Plötzlicher Kindstod wesentlich seltener

S 8

**Gestorbene 1998–2006  
nach sonstigen ausgewählten Todesursachen  
Standardisierte Sterbeziffern (je 100 000)**



16 Kinder von diesem Schicksal betroffen. Markant ist der geschlechtsspezifische Unterschied: Drei Mädchen, aber 13 Knaben starben den plötzlichen Kindstod. Zu Beginn des Betrachtungszeitraums waren es 31 Säuglinge – acht Mädchen und 23 Jungen.

Günter Ickler, Diplom-Ökonom, leitet das Referat Bevölkerung, Erwerbstätigkeit, Soziale Leistungen, Gesundheit, Rechtspflege.

### Hinweis

Die Analyse regionaler Unterschiede in der Sterblichkeit wird Gegenstand eines Beitrags in einer der nächsten Ausgaben der Statistischen Monatshefte sein.