

19. Wahlperiode

## **Schriftliche Anfrage**

**des Abgeordneten Prof. Dr. Martin Pätzold (CDU)**

vom 19. August 2024 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 21. August 2024)

zum Thema:

**Lebenserwartung in Berlin: Soziale Verantwortung wahrnehmen**

und **Antwort** vom 2. September 2024 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 6. September 2024)

Senatsverwaltung für Wissenschaft,  
Gesundheit und Pflege

Herrn Abgeordneten Prof. Dr. Martin Pätzold (CDU)

über

die Präsidentin des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei - G Sen -

## **A n t w o r t**

**auf die Schriftliche Anfrage Nr. 19/20039**

**vom 19. August 2024**

**über Lebenserwartung in Berlin: Soziale Verantwortung wahrnehmen**

---

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Wie hat sich die Lebenserwartung in Berlin seit dem Jahr 2016 entwickelt (bitte jährlich nach Bezirken und wenn möglich Ortsteilen gliedern?)

Zu 1.:

Die Entwicklung der durchschnittlichen Lebenserwartung bei Geburt (mittlere Lebenserwartung) in Berlin gesamt ist der Tabelle 1 zu entnehmen.

Tabelle 1: Geschlechtsspezifische (mittlere) Lebenserwartung (in Jahren) in Berlin 2015-2021 (drei Jahre zusammengefasst)

Geschlecht	männlich	weiblich
Jahr		
2021/23	78,1	83,2
2020/22	78,1	83,3
2019/21	78,3	83,5
2018/20	78,4	83,3
2017/19	78,6	83,4
2016/18	78,3	83,2
2015/17	78,1	83,2

(Datenquelle: Destatis / Berechnung: SenWGP - I A -)

Die Lebenserwartung ist im Zeitraum 2015/17 bis 2017/19 sowohl bei Frauen als auch bei Männern angestiegen. Bei den Männern sank die Lebenserwartung in den darauffolgenden Jahren bis 2021/23 kontinuierlich. Bei den Frauen zeigte sich 2019/21 ein Höchstwert und in den darauffolgenden Jahren sank die Lebenserwartung erneut. Auf Bundesebene konnte für 2023, nach einem Rückgang der Lebenserwartung während der COVID-19-Pandemie von 2020 bis 2022, erstmals wieder ein Anstieg der Lebenserwartung um 0,4 Jahre bei sowohl bei Frauen als auch bei Männern beobachtet werden

(vgl. [https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/08/PD24\\_320\\_12621.htm](https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2024/08/PD24_320_12621.htm)). Da auf Bundeslandebene die Lebenserwartung für einen drei Jahre umfassenden Zeitraum berechnet wird, zeigen sich mögliche aktuelle Entwicklungen mit entsprechender Verzögerung.

Tabelle 2 zeigt die Entwicklung der mittleren Lebenserwartung für Frauen und Männer in den Bezirken. Eine Berechnung unterhalb der Bezirksebene steht nicht zur Verfügung.

Jahre	2019/21		2017/19		2015/17	
	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich
Bezirk						
Mitte	83,4	78,0	82,9	77,3	82,1	76,7
Friedrichshain-Kreuzberg	82,7	77,7	82,5	77,4	82,4	77,0
Pankow	84,3	79,2	83,9	79,2	83,2	78,4
Charlottenburg-Wilmersdorf	84,7	80,2	84,6	80,1	84,3	79,7
Spandau	82,4	77,6	82,1	77,6	82,4	77,3
Steglitz-Zehlendorf	84,5	80,6	84,2	80,3	83,9	80,0
Tempelhof-Schöneberg	84,1	79,8	83,7	79,4	83,7	78,9
Neukölln	82,5	77,9	82,1	77,6	81,4	76,9
Treptow-Köpenick	84,8	79,4	84,5	79,1	84,1	78,7
Marzahn-Hellersdorf	83,6	78,3	83,1	77,9	83,1	77,9
Lichtenberg	83,1	77,5	83,0	77,2	83,5	77,3
Reinickendorf	83,2	78,7	82,7	78,3	82,8	77,9

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

Für die Jahre 2019/21 liegt die mittlere Lebenserwartung bei den Frauen zwischen 84,8 Jahren in Treptow-Köpenick und 82,4 Jahren in Spandau. Bei den Männern liegt die Spanne zwischen 80,6 Jahren in Steglitz-Zehlendorf und 77,5 Jahren in Lichtenberg. Demensprechend beträgt der maximale Unterschied zwischen den Bezirken 2,4 Jahre bei den Frauen und 3,1 Jahre bei den Männern. 2015/2017 betrug der maximale Unterschied 2,9 Jahren bei den Frauen und 3,3 Jahren bei den Männern. Im betrachteten Zeitraum ist die mittlere Lebenserwartung in fast allen Bezirken sowohl bei den Frauen als auch den Männern angestiegen. Lediglich für die weibliche Bevölkerung in Lichtenberg zeigt sich ein Rückgang um 0,4 Jahre zwischen 2015/17 und 2019/21. Der Anstieg der Lebenserwartung fällt in den Bezirken jedoch sehr unterschiedlich aus: Während er beispielsweise in Spandau und Marzahn-Hellersdorf nur sehr gering ausfällt, liegt der Zugewinn in Mitte sowohl bei Frauen (+ 1,4 Jahre) als auch bei Männern (+ 1,2 Jahre) bei über einem Jahr.

Die Berechnung der Lebenserwartung beruht für Berlin gesamt auf der amtlichen Sterbefallstatistik. Abweichend dazu ist die Datenquelle für die Berechnung der Lebenserwartung in den Bezirken ab 2014 die Einwohnerregisterstatistik. Dieser Methodik Wechsel war notwendig, da wegen einer Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes 2013 seit dem Berichtsjahr 2014 die Statistiken des Systems der Bevölkerungsstatistiken keine Bezirkszuordnung mehr erlaubten. Durch eine erneute Änderung des Bevölkerungsstatistikgesetzes wird die Berechnung auf Basis der amtlichen Sterbefallstatistik in Zukunft voraussichtlich wieder möglich sein. Die Berechnung der Lebenserwartung für die Bezirke wird durch die Senatsverwaltung in der Regel alle 2 Jahre vorgenommen. Für die Berechnung für den Zeitraum 2021/2023 stehen die Periodensterbetafeln, die durch das Amt für Statistik Berlin-Brandenburg erstellt werden, noch nicht zur Verfügung.

2. Wie beurteilt der Berliner Senat die Tatsache, dass soziale Faktoren einen nunmehr immer stärkeren Einfluss auf die Entwicklung der Lebenserwartung haben?

Zu 2.:

Berechnungen auf Bundesebene konnten zeigen, dass die Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen benachteiligten und wohlhabenden Regionen in Deutschland im Zeitverlauf größer geworden sind, wobei sich diese Entwicklung während der COVID-19-Pandemie verschärft hat (Tetzlaff et al. 2024 [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(24\)00049-5](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(24)00049-5)). Der starke Zusammenhang zwischen sozialer Lage einerseits und der Verteilung gesundheitlicher Chancen und Risiken andererseits ist dem Senat bewusst und ist für die Implementierung gesundheitsförderlicher Maßnahmen auf Hauptverwaltungs- und Bezirksebene eine wichtige Entscheidungsgrundlage.

3. Welche Maßnahmen ergreift der Berliner Senat, um in Gebieten mit weniger guter Sozialentwicklung die Entwicklung der Lebenserwartung zu verbessern?

Zu 3.:

Im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention ergreift der Senat nach Maßgabe des § 7 des Gesundheitsdienstgesetzes (GDG) eine Vielzahl von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention, um die gesundheitliche Lage und somit auch die Lebenserwartung der Menschen zu verbessern und soziale Ungleichheiten abzubauen. Dies geschieht aufseiten des Senats u.a. durch entsprechende Landesförderprogramme, wie das Aktionsprogramm Gesundheit, Berlin bewegt sich, das Landesprogramm für Integrierte Gesundheitszentren sowie Gesund in Berlin - Stadtteile im Blick, für die im Berliner Landeshaushalt entsprechende Mittel veranschlagt wurden.

Die Planung solcher Maßnahmen findet sowohl ressortübergreifend (beispielsweise im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative GI (Senatsbeschluss vom 30.10.2018) als auch in enger Abstimmung mit den Bezirken sowie den Sozialversicherungsträgern statt.

Dabei liegt ein besonderer Fokus auf sozial benachteiligten Stadtteilen mit besonderem städtebaulichem und sozialräumlichem Handlungsbedarf, die als sogenannte Quartiers-Management-Gebiete definiert sind, um diese durch eine angemessene soziointegrative und gesundheitsförderliche Angebotsstruktur zu stärken.

Zur Identifikation solcher Gebiete wird u.a. der Gesundheits- und Sozialstrukturatlas der SenWGP genutzt, der regionale Unterschiede der gesundheitlichen und sozialen Lage in den Teilräumen der Stadt sowie die Entwicklungen über die Zeit aufzeigt und in Beziehung setzt.

So können Angebote und Maßnahmen zielgerichtet gesteuert werden, sodass gesundheitsfördernde Strukturen in Bezirksregionen und Planungsräumen aufgebaut und gestärkt werden, in denen die soziale Lage besonders prekär ist. Ziel ist, über u. a. Setting orientierte Maßnahmen insbesondere die Zielgruppen zu erreichen, die in diesen Regionen sozial und gesundheitlich benachteiligt und damit auch von vorzeitiger Sterblichkeit bedroht sind.

Die Abstimmung und Festlegung von Zielen und Handlungsfeldern im Bereich von Gesundheitsförderung und Prävention erfolgen dabei vor allem in der Landesgesundheitskonferenz nach § 3 Abs. 6 GDG, in der alle insoweit relevanten Akteurinnen und Akteure des Berliner Gesundheitswesens vertreten sind.

Ein besonderes Augenmerk bei den Aktivitäten des Senats zur Verringerung sozial bedingter gesundheitlicher Ungleichheit liegt dabei auf dem Bereich der psychischen Gesundheit: Menschen mit psychischer Erkrankung haben im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine zehn Jahre kürzere Lebenserwartung (Schneider et al. 2019 [doi.org/10.3238/arztebl.2019.0405](https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0405)). Gleichzeitig gibt es eine enge Wechselwirkung zwischen psychischer Gesundheit und sozioökonomischen Parametern.

Im Rahmen der regionalisierten psychiatrischen Pflichtversorgung berücksichtigt das Land Berlin dementsprechend Faktoren räumlicher Ungleichheit: Bei der Finanzierung

niedrigschwelliger psychiatrischer Angebote gemäß § 5 des Gesetzes über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten (PsychKG) werden die Mittel auf Grundlage eines kennzahlengestützten Planmengenverfahrens verteilt. Somit erhalten Bezirke mit weniger guter Sozialentwicklung mehr Mittel für sozialpsychiatrische Angebote als sozialökonomisch besser entwickelte Bezirke. Um sicherzustellen, dass das Versorgungssystem spezifische regionale Bedarfe berücksichtigt, beschäftigt jeder Bezirk je eine Psychiatrie- sowie Suchthilfekoordination und bildet regionale Gremien (insb. Psychosoziale Arbeitsgemeinschaften oder Gemeinde-psychiatrische Verbände sowie Steuerungsgremien Psychiatrie/Sucht für Menschen mit seelischer Behinderung).

Im Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung wurde mit dem sogenannten „Letter of Intent“ (LOI) v. 09.10.2013 vom gemeinsamen Landesgremium nach § 90 a SGB V ein Konzept zur Versorgungssteuerung auf Ebene der 12 Berliner Bezirke beschlossen. Dadurch sollen Praxissitze aus Bezirken mit überdurchschnittlichem Versorgungsgrad schrittweise nach Freiwerden in Bezirke mit unterdurchschnittlichem Versorgungsgrad verlegt werden. Im Ergebnis wird die Versorgungsstruktur in der Stadt insgesamt ausgewogener und das Prinzip der wohnortnahen Versorgung wird für alle Arztgruppen der patientengebundenen Versorgung konsequent umgesetzt. Die Absichtserklärung zur Versorgungssteuerung wurde im Bericht zum LOI 2016 auf Nachbesetzungsverfahren und bereits 2018 perspektivisch auf Neuzulassungen erweitert und mit Zielrichtung auf die drei Bezirke mit dem jeweils geringsten Versorgungsgrad in entsprechender Fachrichtung konkretisiert. Eine weitere Besonderheit der Berliner Planungen der ambulanten Versorgung im Kontext des LOI ist zudem die Berücksichtigung des jeweils aktuellen Sozialstrukturatlas der für Gesundheit zuständigen Senatsverwaltung, in dem im Planungsbereich Berlin gemäß des LOI der jeweils aktuelle Sozialindex I des Sozialstrukturatlas bei der Berechnung der lokalen Verhältniszahl gleichberechtigt mit dem Morbiditätsfaktor verwendet wird.

Über das EFRE Programm Stadtteilzentren III werden in Handlungsräumen der ressortübergreifenden Gemeinschaftsinitiative mindestens 15 neue Stadtteilzentren geschaffen. Darüber hinaus werden ressortübergreifende Projekte im Rahmen der Gemeinschaftsinitiative (GI) umgesetzt. Der Ausbau der sozialen Infrastruktur in den Sozialräumen mit hohen Unterstützungsbedarfen, hoher Armut und sozialer Isolation wird dadurch vorrangig verfolgt.

An diesen Orten wird bürgerschaftliches Engagement gelebt und Demokratie gefördert. Zudem hat sich das Landesprogramm Mobile Stadtteilarbeit (MOST) innerhalb kurzer Zeit zu einem wichtigen Element Gemeinwesen orientierter Arbeit entwickelt, die die Arbeit fester Standorte, wie z. B. in Stadtteilzentren und Nachbarschaftshäusern aber auch der bezirklichen Stadtteilkoordination wesentlich unterstützt. Sie bietet u. a. besonders sozial belasteten, von sozialer Isolation und Einsamkeit bedrohten oder betroffenen Bürger\*innen im kieznahen Einzugsraum Unterstützung bei der Hilfe zur Selbsthilfe, Einbindung in Stadtteilangebote oder niedrigschwellige Beratung. Hierbei werden insbesondere teilhabeferne Zielgruppen erreicht. Aktivierende Befragungen greifen

zudem die Wünsche der Menschen vor Ort auf. Durch ehrenamtliche Tätigkeiten werden Selbstwert und Selbstbefähigung gestärkt.

Berlin, den 02. September 2024

In Vertretung  
Ellen Haußdörfer  
Senatsverwaltung für Wissenschaft,  
Gesundheit und Pflege