

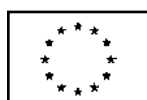


Statistiken zur Gesundheit

Atlas zur Sterblichkeit in der Europäischen Union

Kapitel 8 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems

Daten 1994-1996



EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Inserm

CépiDC — Centre d'épidémiologie
sur les causes médicales de décès



UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE



THEMENKREIS 3
Bevölkerung
und soziale
Bedingungen

3

Europe Direct soll Ihnen helfen, Antworten auf Ihre Fragen zur Europäischen Union zu finden

Neue gebührenfreie Telefonnummer:

00 800 6 7 8 9 10 11

Zahlreiche weitere Informationen zur Europäischen Union sind verfügbar über Internet, Server Europa (<http://europa.eu.int>).

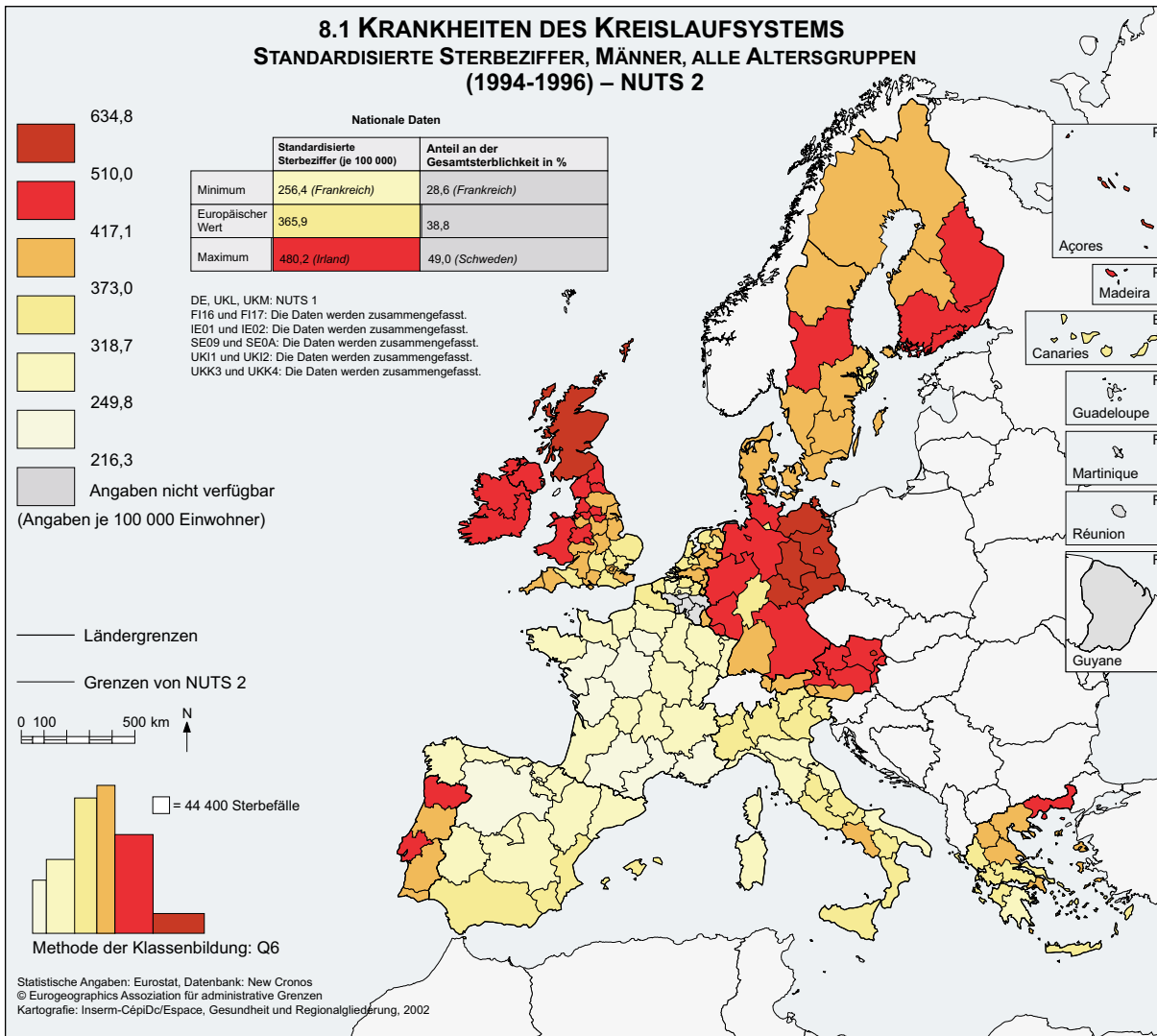
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002

ISBN 92-894-3726-X

© Europäische Gemeinschaften, 2002

ATLAS – Inhalt

1 Einführung.....	9
2 Methodik.....	11
3 Gesamtsterblichkeit	15
4 Frühsterblichkeit	23
5 Sterblichkeit nach Altersgruppen.....	27
6 Typologien der altersspezifischen Sterblichkeit	43
7 Typologien der Sterblichkeit nach Todesursachen.....	49
8 Krankheiten des Herz-Kreislaufsystems.....	53
9 Krankheiten des Atmungssystems.....	59
10 Bösartige Neubildungen der Atemwege.....	65
11 Bösartige Neubildungen des Darms.....	71
12 Bösartige Neubildungen des Magens	75
13 Bösartige Neubildungen der Brust.....	79
14 Bösartige Neubildungen der Gebärmutter.....	81
15 Bösartige Neubildungen der Prostata	83
16 Bösartige Neubildungen der Bauchspeicheldrüse.....	85
17 Bösartige Neubildung der Harnblase	89
18 Bösartiges Melanom der Haut.....	93
19 Alkoholbedingte Sterblichkeit	97
20 Äußere Ursachen	101
21 Aids.....	111
Anhang 1. Europäische Standardbevölkerung	115
Anhang 2. Todesursachen (Europäische Kurzliste).....	116
Anhang 3. Liste der Regionen NUTS-2-Ebene	118



8 Kardiovaskuläre Krankheiten

Kardiovaskuläre Krankheiten stellen die häufigste Todesursache in der Europäischen Union dar. Auf diese Krankheiten entfallen rund 40 % der Sterbefälle in der männlichen wie weiblichen Bevölkerung. Diese Erkrankungen betreffen vor allem die Bevölkerung im fortgeschrittenen Alter: Mehr als 9 von 10 Todesfällen treten in der Altersgruppe der über 65-Jährigen auf.

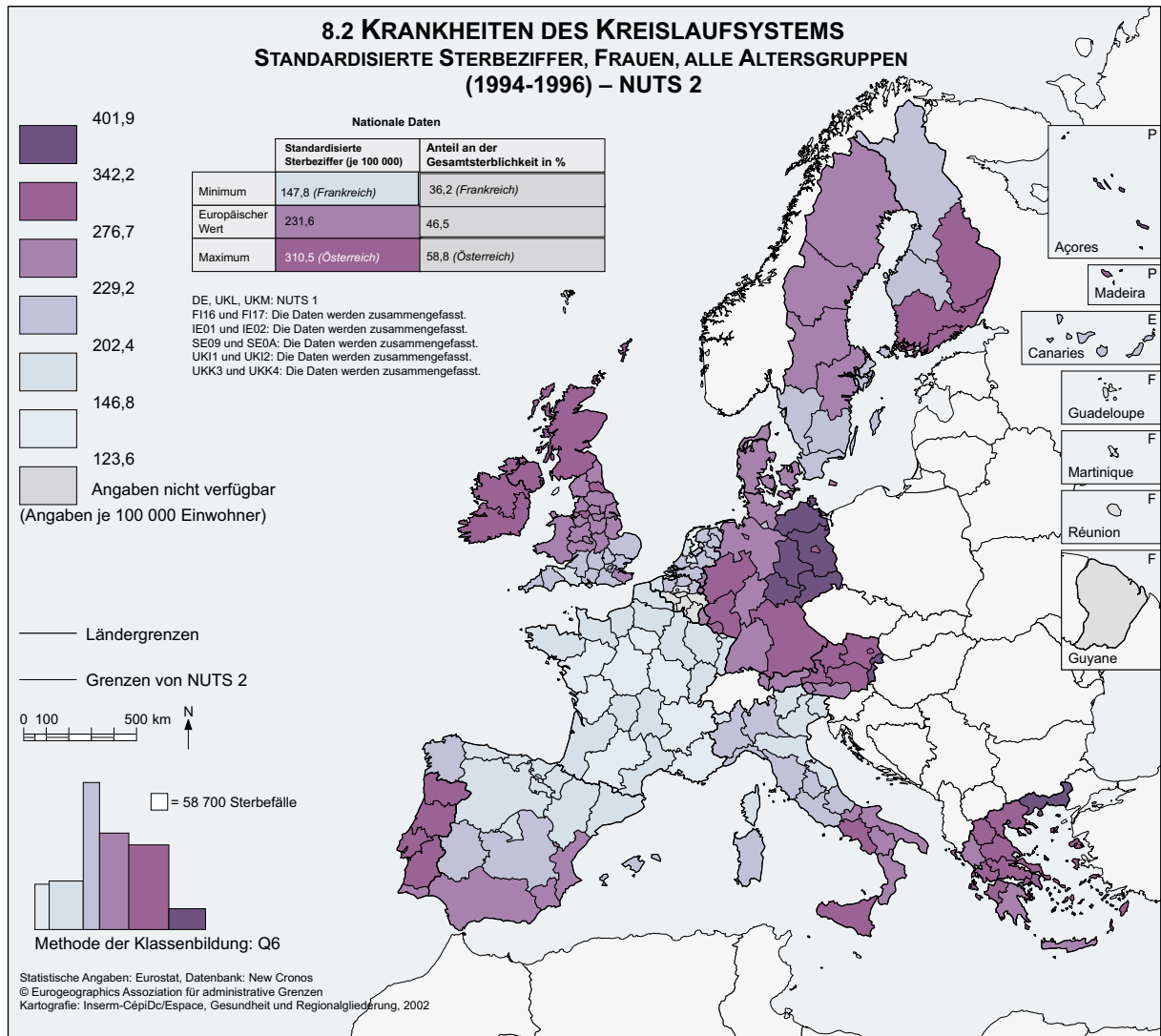
Auch bei diesen Krankheiten ist eine hohe männliche Übersterblichkeit festzustellen. Allerdings sind die geschlechtsspezifischen Mortalitätsunterschiede weniger stark ausgeprägt als bei den anderen Todesursachen. Die Raten zwischen den Regionen variieren höchstens im Verhältnis 1,8:1. Bei anderen Krankheiten, z. B. bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege, liegt das Verhältnis in einigen europäischen Regionen bei über 20:1.

Die europäischen Sterblichkeitsdisparitäten sind bei sämtlichen kardiovaskulären Krankheiten groß. Die

Raten variieren regional im Verhältnis 3:1. Aufgrund der relativ ähnlichen Verteilung der Mortalitätsraten für Männer und Frauen ergibt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle in der Union.

Im Norden der Europäischen Union weisen die Britischen Inseln, die skandinavischen Länder, Deutschland und Luxemburg die höchsten Raten auf, mit einer besonders ausgeprägten Übersterblichkeit in einigen Regionen (Ostdeutschland und Schottland). Dabei werden auch innerhalb der Mitgliedstaaten deutliche Unterschiede erkennbar: ein Nord-Süd-Gegensatz in Großbritannien und Finnland sowie ein Ost-West-Gegensatz in Deutschland und Österreich.

Zwischen diesen Ländern und den südlichen Ländern der Union besteht ein deutlicher Unterschied. Die südlichen Mitgliedstaaten weisen durchweg Untersterblichkeit auf, vor allem Frankreich, Belgien, Italien und Spanien. Dagegen weisen die südlichsten Länder Portugal und Griechenland und



(bei den Frauen) der Süden Spaniens und Italiens Raten auf, die denen der nördlichen Länder vergleichbar sind.

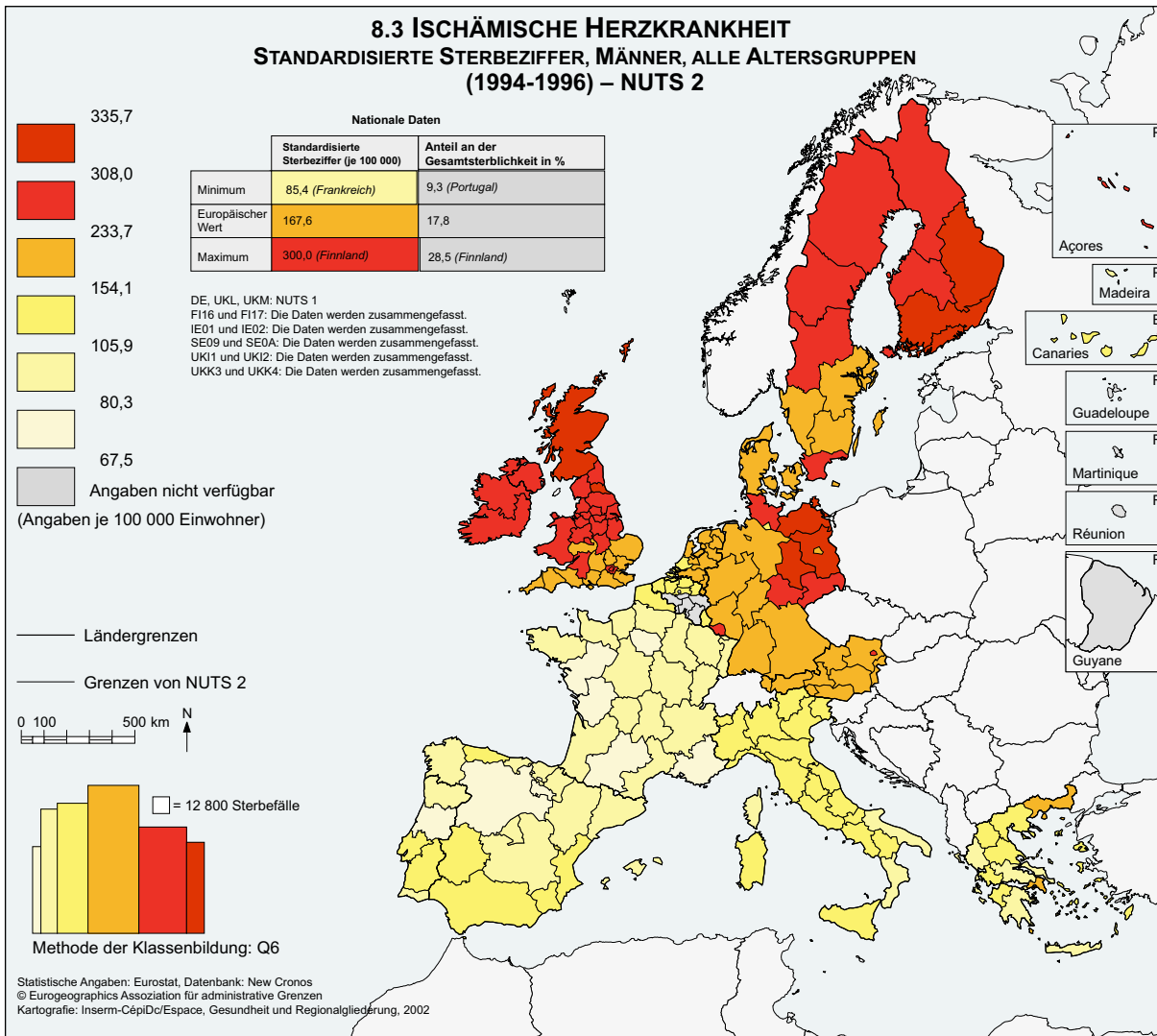
Diese Karten müssen im Zusammenhang mit den beiden häufigsten Typen der Krankheiten des Kreislaufsystems gesehen werden.

Die ischämischen Herzkrankheiten (Sekundentod, Tod nach Myokardinfarkt usw.) sind für mehr als

20 % aller Todesfälle in der männlichen und 15 % in der weiblichen Bevölkerung verantwortlich.

Die zerebrovaskulären Krankheiten (Tod infolge eines ischämischen Schlaganfalls, Gehirnbluten ...) sind für 9 % der männlichen Sterbefälle und für 13 % der weiblichen Sterbefälle verantwortlich.

Diese beiden Gruppen von Krankheiten ergeben sehr unterschiedliche regionale Muster in der Europäischen Union.



Klar erkennbare regionale Muster bei der Sterblichkeit an ischämischen Herzkrankheiten und weniger stark ausgeprägte regionale Unterschiede bei den zerebrovaskulären Krankheiten

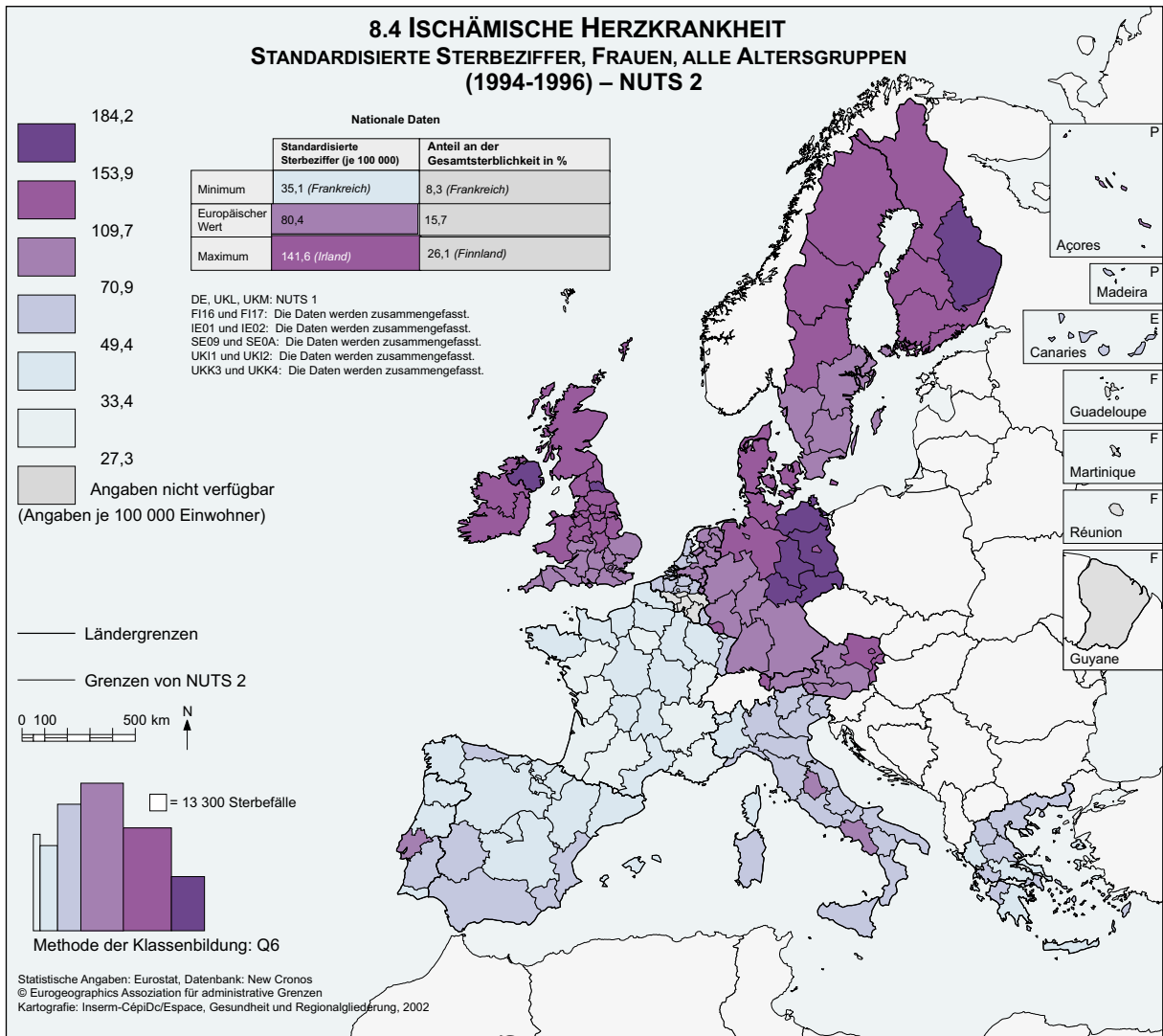
Der Nord-Süd-Gegensatz in der Europäischen Union, der insgesamt bei der Sterblichkeit an Krankheiten des Kreislaufsystems feststellbar ist, lässt sich zum großen Teil auf die räumlichen Unterschiede bei den ischämischen Herzkrankheiten zurückführen. Diese ist für beide Geschlechter ähnlich und sehr spezifisch.

Hier stehen sich zwei Gruppen von Ländern gegenüber: eine Gruppe mit einer deutlichen Übersterblichkeit – die Britischen Inseln, die skandinavischen Länder, die Niederlande und Deutschland; eine Gruppe mit Untersterblichkeit – Luxemburg, Belgien und die Mittelmeerländer einschließlich Frankreich. Die Ge-

gensätze zwischen diesen beiden Gruppen sind sehr groß. Die Mortalitätsraten variieren im Verhältnis 5:1 bei den Männern und 7:1 bei den Frauen. Im Süden weisen Frankreich, der Norden Spaniens und der Norden Portugals die günstigsten europäischen Raten auf. Die ungünstigsten Werte sind in den nördlichsten Ländern und in Ostdeutschland, im Saarland und in Wien zu finden.

Die Mortalitätsunterschiede bei den zerebrovaskulären Krankheiten weisen vergleichbare Spannweiten auf. Die regionale Variation ist jedoch von einer anderen Art. Benachbarte Regionen – sowohl innerhalb eines Landes wie auch grenzüberschreitend – zeigen häufig stark abweichende Mortalitätsziffern.

In den Mittelmeerländern (mit Ausnahme Frankreichs), für die bei den ischämischen Herzkrankheiten eine Untersterblichkeit beobachtet wurde, ist dagegen bei den zerebrovaskulären Krankheiten eine Übersterblichkeit feststellbar. Vor allem Portu-

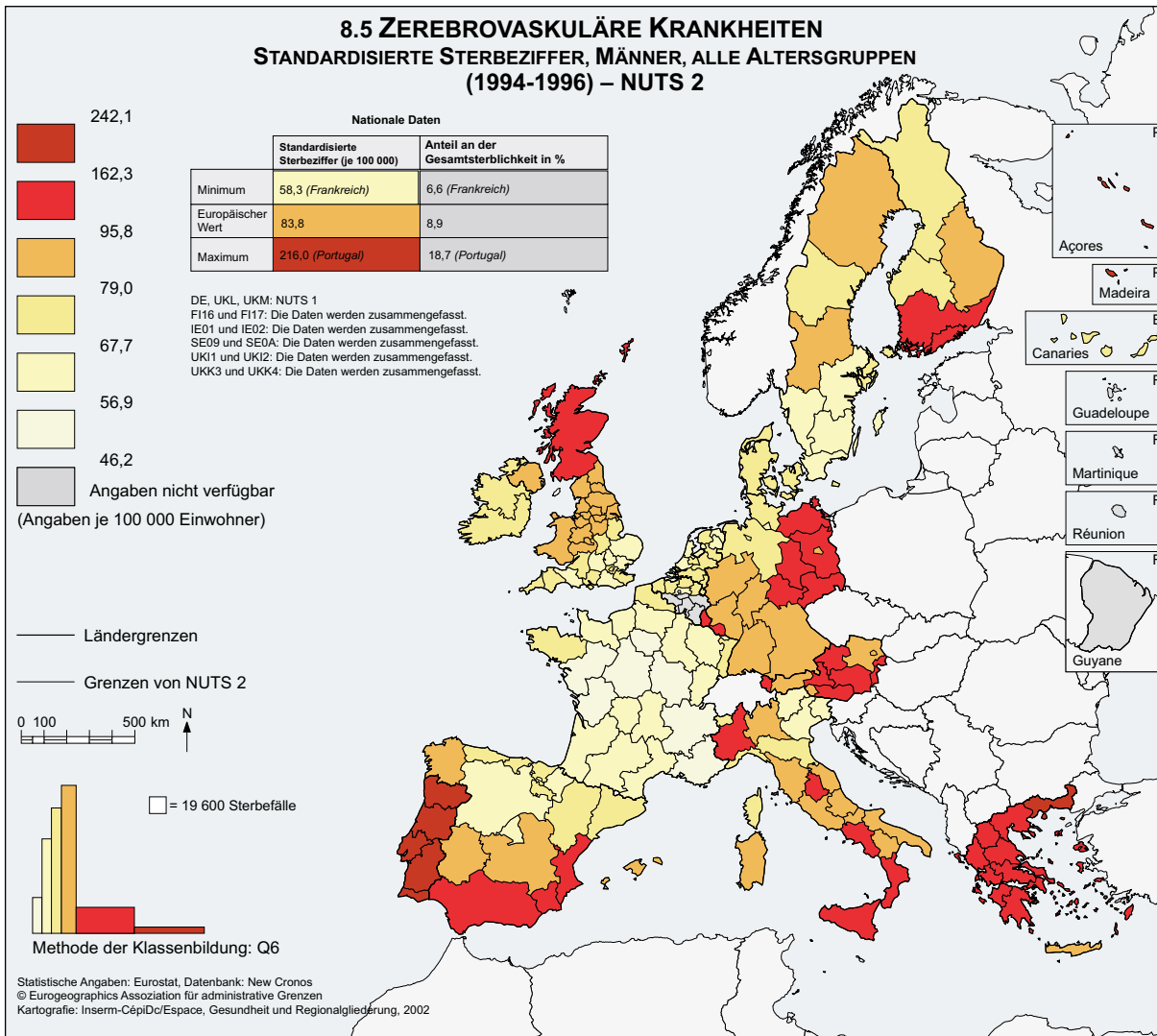


gal weist die höchsten Raten (sowohl bei den Männern als auch bei den Frauen) in der Europäischen Union auf. In Spanien lässt sich ein deutliches Nord-Süd-Gefälle erkennen. Die nördlichen Provinzen weisen Raten auf, die den Raten der benachbarten französischen Provinzen vergleichbar sind.

Umgekehrt weisen einige Regionen in den anderen Mitgliedstaaten eine Untersterblichkeit bei den zerebrovaskulären Krankheiten auf, während sie bei

den ischämischen Herzkrankheiten höhere Raten haben. Dies gilt vor allem für Dänemark, den Nordosten Deutschlands, Irland, Südschweden und Nordfinland (für die Männer).

Einige Regionen weisen für beide Krankheiten hohe Sterbeziffern auf. Dies ist der Fall in Schottland, Südfinnland, im Saarland und in Ostdeutschland. Im Gegensatz dazu ist die Situation in Frankreich, Belgien und Nordspanien insgesamt günstig.



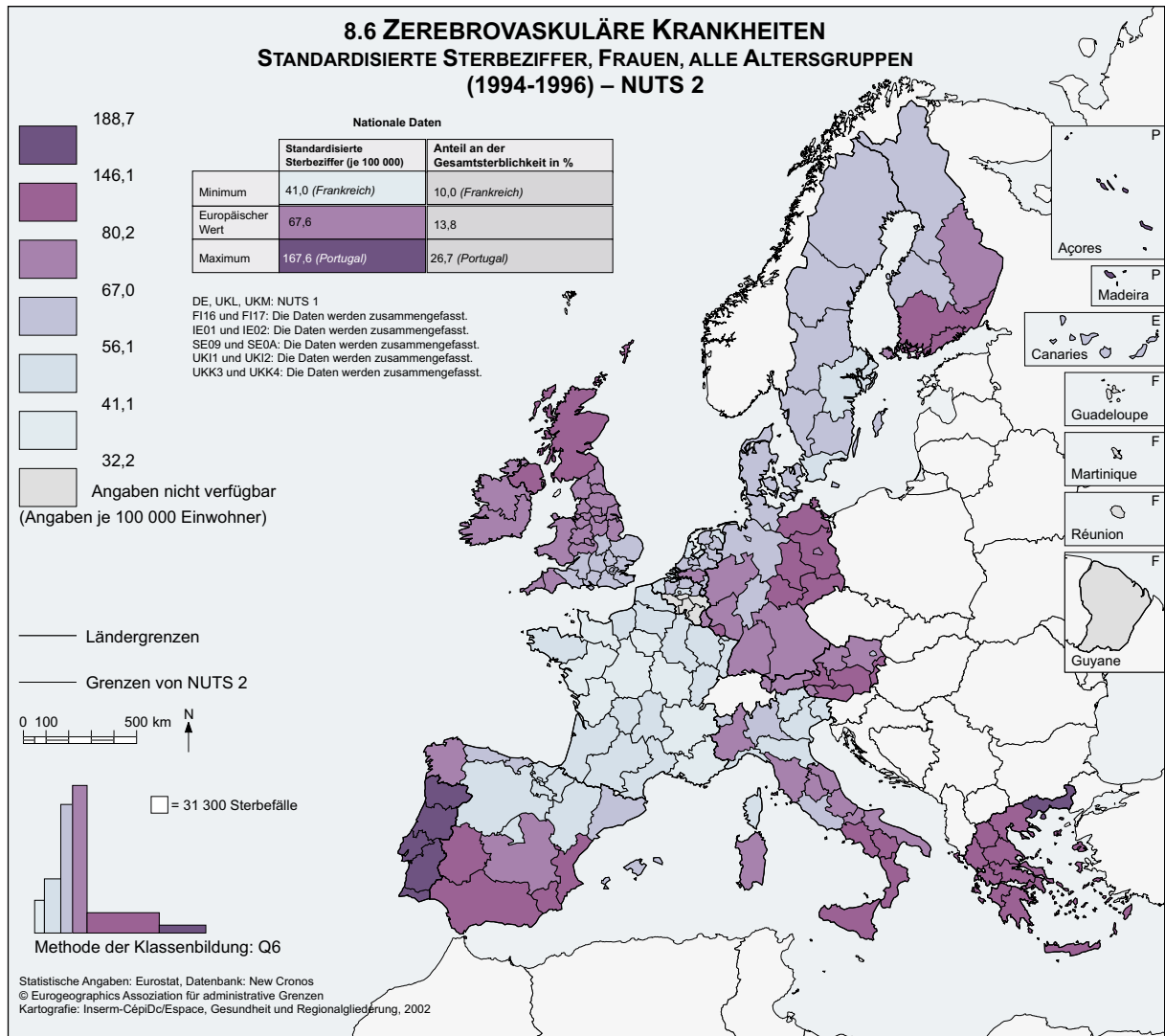
Abweichungen in Europa lassen sich durch unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten erklären

Bevor eindeutig geklärt werden kann, ob diese Abweichungen auf Risikofaktoren oder auf eine unterschiedliche Qualität der Gesundheitsversorgung zurückzuführen sind, muss erst untersucht werden, ob das Ausfüllverhalten bei der Ausstellung der Todesbescheinigungen vergleichbar ist. So kann z. B. bei plötzlichen Todesfällen wie dem Sekundentod in der Todesbescheinigung als Todesursache entweder Herzinfarkt oder „Todesursache unbekannt“ angegeben werden. Eine kürzlich durchgeführte vergleichende Untersuchung zwischen Frankreich und dem Vereinigten Königreich hat ergeben, dass bei einer entsprechenden Korrektur der Daten die Sterbeziffern in Frankreich deutlich niedriger ausfallen.

Neben diesen möglichen methodischen Verzerrungen lassen sich die Mortalitätsunterschiede bei den

ischämischen Herzkrankheiten durch unterschiedliche Ernährungsgewohnheiten erklären, z. B. durch eine fettreiche oder unausgewogene Ernährung in den nördlichen Mitgliedstaaten. Ebenso kann die Übersterblichkeit bei den zerebrovaskulären Krankheiten in den südeuropäischen Ländern mit einem hohen Salzverbrauch zusammenhängen.

Die günstige Situation Frankreichs im Hinblick auf die Sterblichkeit bei ischämischen Herzkrankheiten steht in auffälligem Kontrast zu seiner Lage bei der Frühsterblichkeit. Hier könnte eine Vielzahl von Todesursachen in Frage kommen. Ein Vergleich der Ursachen für die Frühsterblichkeit in Frankreich und im Vereinigten Königreich zeigt, dass in Frankreich ebenso viele Menschen vorzeitig an übermäßigem Alkoholkonsum sterben wie im Vereinigten Königreich an Herzinfarkt. Eine mögliche Erklärung besteht darin, dass die Personen mit Risikoverhalten (Alkoholkonsum in Frankreich) vorzeitig sterben und dass der überlebende Teil der Bevölkerung sich einer „guten Gesundheit“ erfreut und weitgehend



von ischämischen Herzkrankheiten verschont bleibt. Allerdings trifft diese Hypothese nicht auf Deutschland und Österreich zu. Diese Länder verzeichnen sowohl eine Frühsterblichkeit bei den alkoholbedingten Krankheiten wie auch bei den ischämischen Herzkrankheiten.

Schließlich tritt der Tod bei ischämischen Herzkrankheiten, insbesondere bei Herzinfarkt, sehr

schnell ein, häufig noch vor der Einlieferung ins Krankenhaus. Hier müsste daher auch die Frage untersucht werden, wie dicht das Netz der notfallmedizinischen Versorgung ist und wie gut und schnell der Einsatz ist, und zwar sowohl zum Zeitpunkt des Infarkts (Rettungsdienst) als auch danach (Kardiologie in den Krankenhäusern). Hierfür sind jedoch spezifische Untersuchungen erforderlich.