



# Statistiken zur Gesundheit

## Atlas zur Sterblichkeit in der Europäischen Union

### Kapitel 10 Bösartige Neubildungen der Atemwege

**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>).

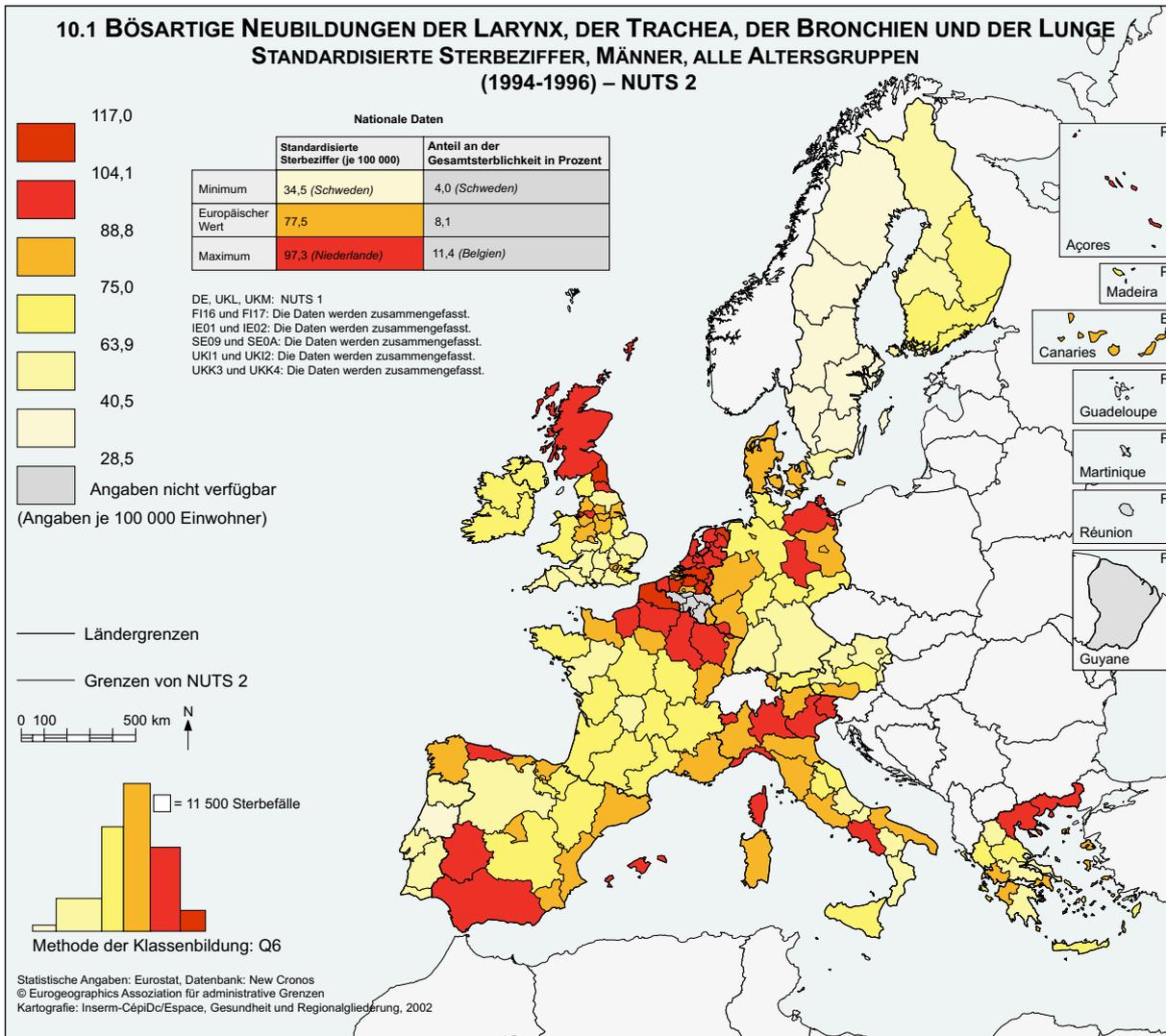
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002

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



## 10 Bösartige Neubildungen der Atemwege

Die bösartigen Neubildungen der Atemwege (Lunge, Bronchien, Trachea, Larynx) sind für einen von 20 Sterbefällen in der gesamten Europäischen Union verantwortlich. Diese Neubildungen – häufig vereinfachend als „Lungenkrebs“ bezeichnet – sind im Wesentlichen auf das Rauchen zurückzuführen. Andere Faktoren wie die Luftverschmutzung durch die Industrie spielen jedoch ebenfalls eine Rolle.

Es gelingt der Medizin selten, die Lebenserwartung von Menschen, die von dieser Krankheit betroffen sind, zu verlängern. Die Hälfte der Sterbefälle tritt vor dem Alter von 65 auf.

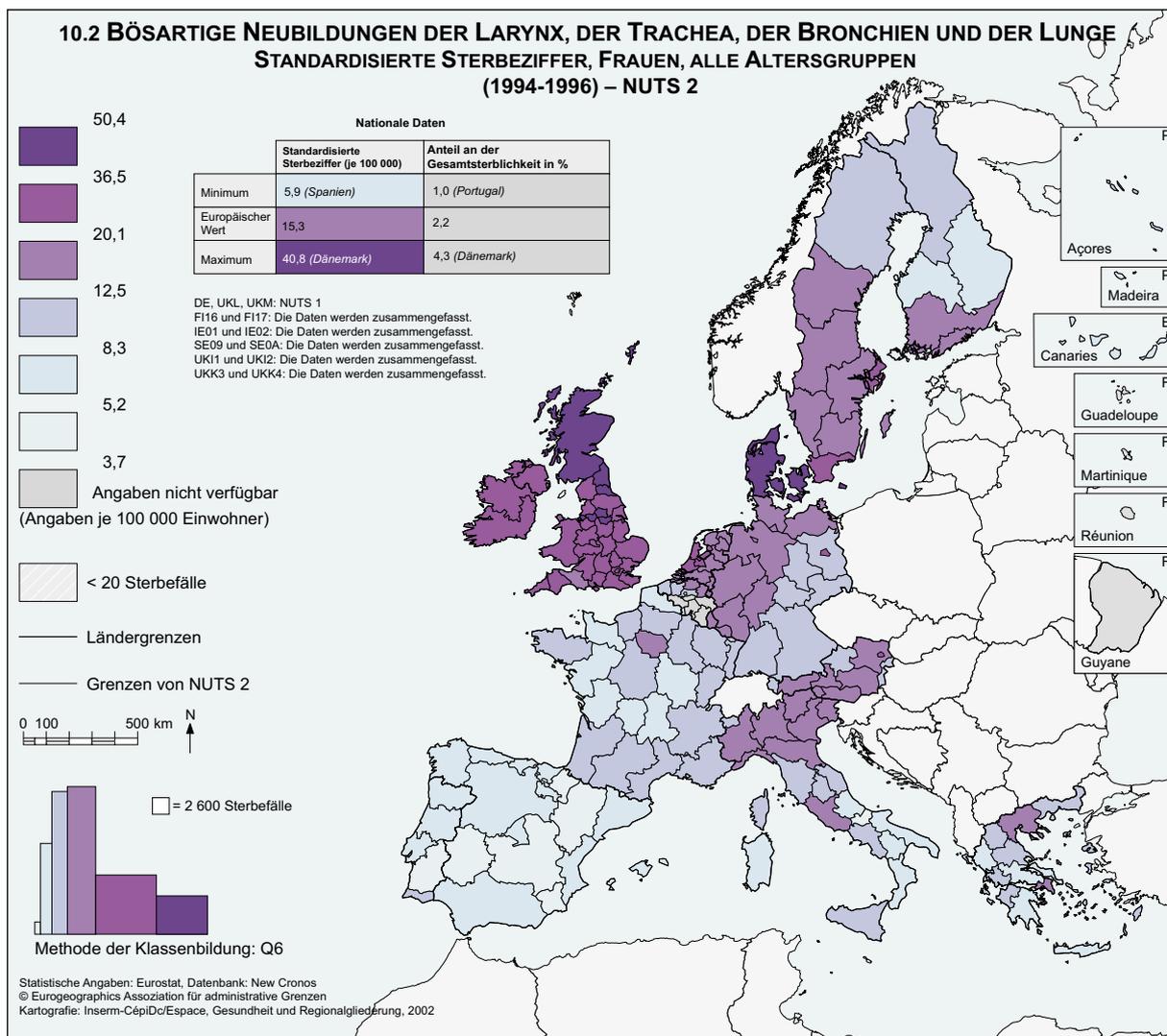
Dies macht deutlich, wie wichtig die Vorbeugung ist: Bekämpfung des Tabakkonsums bei gleichzeitiger Intensivierung der Früherkennungsmaßnahmen. Letzteres ist umso wichtiger, da bei Erkrankungen dieser Art der Tod häufig erst nach mehr als

zehnjähriger Einwirkungszeit der Risikofaktoren eintritt.

### Bei den Männern besteht ein enger Zusammenhang zwischen Industriegebieten und städtischen Gebieten und der Höhe der Sterblichkeit

Die regionalen Mortalitätsraten der männlichen Bevölkerung variieren im Verhältnis 4:1. Die Gegensätze innerhalb der nationalen Grenzen sind ausgeprägt. In Deutschland, Frankreich, dem Vereinigten Königreich und den Mittelmeerländern (mit Ausnahme von Portugal) weisen Regionen mit gemeinsamen sozioökonomischen, industriellen und urbanen Merkmalen ein hohes Mortalitätsniveau auf.

Bei diesen Regionen handelt es sich in erster Linie um die ehemaligen Industriegebiete im Norden Frankreichs, in Westdeutschland, im Norden Großbritanni-

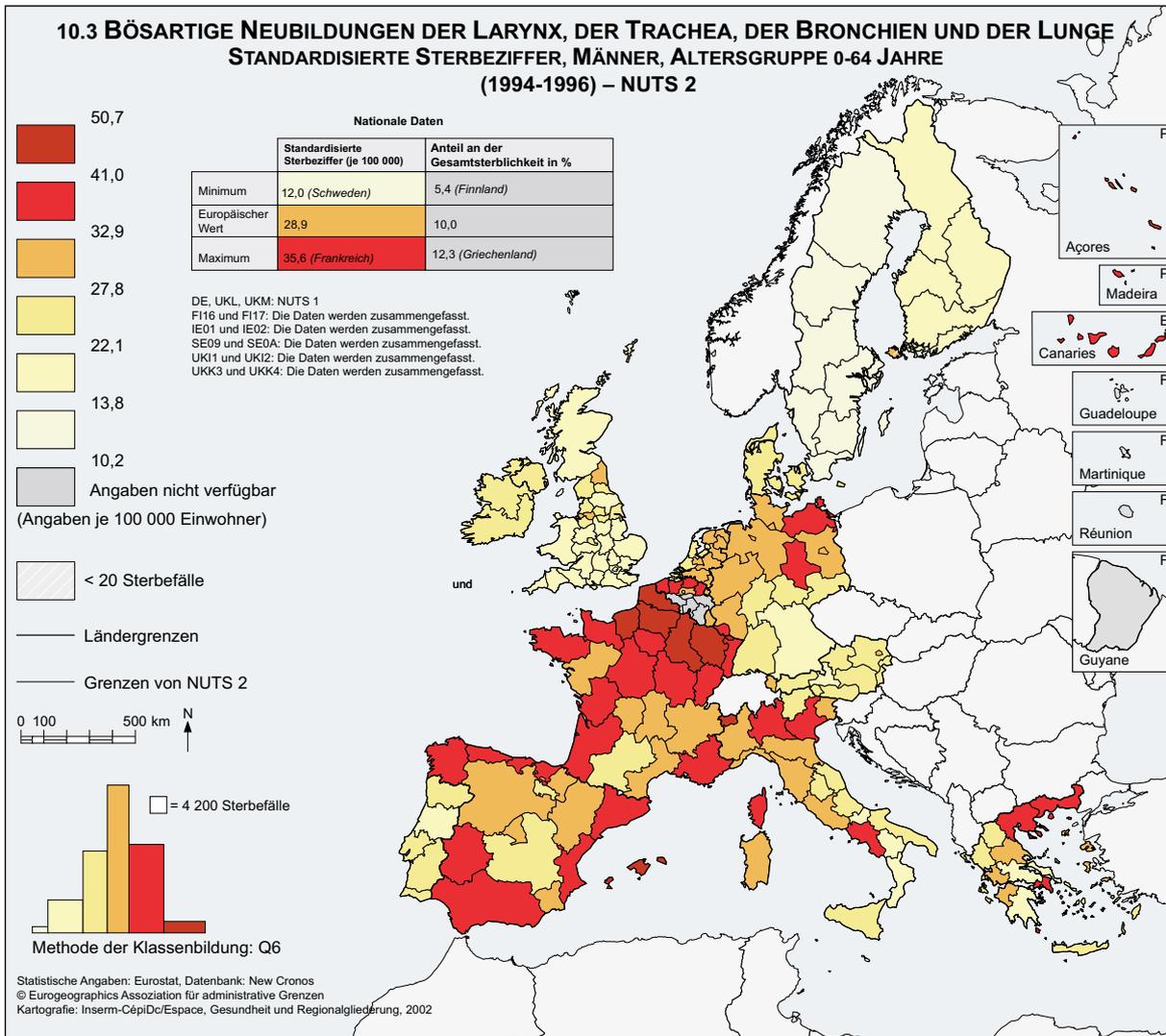


ens, im Norden Italiens sowie um die spanischen Küstenprovinzen. Alle großen städtischen Ballungsgebiete dieser Mitgliedstaaten sowie die Provinz Attika in Griechenland mit der Hauptstadt Athen weisen gleichermaßen eine Übersterblichkeit auf. Hohe Sterbeziffern lassen sich auch in wirtschaftlich benachteiligten Regionen feststellen, z. B. in Ostdeutschland, das sich noch im Aufbau befindet, in der Region Kambanien in Italien, Schottland, Anatoliki und Kentriki Makedonia sowie Thraki.

Eine Korrelation zwischen Urbanisierung, Industrie und Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege lässt sich auch in Belgien und den Niederlanden feststellen. Auch diese beiden Mitgliedstaaten weisen hier eine Übersterblichkeit auf. Sie sind beide dicht besiedelt und hoch industrialisiert. In Schweden, Finnland und Portugal lässt sich ein solcher Zusammenhang dagegen nicht beobachten. In diesen Mitgliedstaaten spiegelt die Homogenität der durchweg niedrigen regionalen Sterbeziffern nicht die vorherrschenden sozioökonomischen Gegensätze wider.

Die Sterbefälle bei bösartigen Neubildungen der Atemwege treten häufig vor dem Alter von 65 Jahren auf (die Überlebensdauer bei dieser Krebsart ist gering). Die Sterbeziffern bei der Frühsterblichkeit zeigen eine regionale Verteilung, die sich erheblich von der der Sterblichkeit für alle Altersgruppen unterscheidet. Hier wird ein Gegensatz zwischen den nördlichsten Mitgliedstaaten mit einer geringen Sterblichkeit und der übrigen Union deutlich. Trotz der ausgeprägten Unterschiede innerhalb der meisten Mitgliedstaaten lassen sich nationale Tendenzen erkennen. In Frankreich z. B. sind alle Regionen stark betroffen.

Allerdings gibt es auch grenzüberschreitende Gemeinsamkeiten. Sämtliche Küstenregionen und die Inseln im Mittelmeer weisen eine Übersterblichkeit auf, und zwar von Andalusien bis Kampanien. Dies gilt auch für die Regionen der Atlantikküste von Galicien bis zur Bretagne. Insgesamt sind (mit Ausnahme Österreichs und Portugals) alle südlichen Länder davon betroffen.



Demgegenüber stellen die nördlichen Länder der Union eine Zone der Untersterblichkeit dar. Finnland und Schweden erscheinen sehr homogen. Innerhalb der Britischen Inseln lassen sich einige Abweichungen feststellen, das Mortalitätsniveau ist jedoch insgesamt gering.

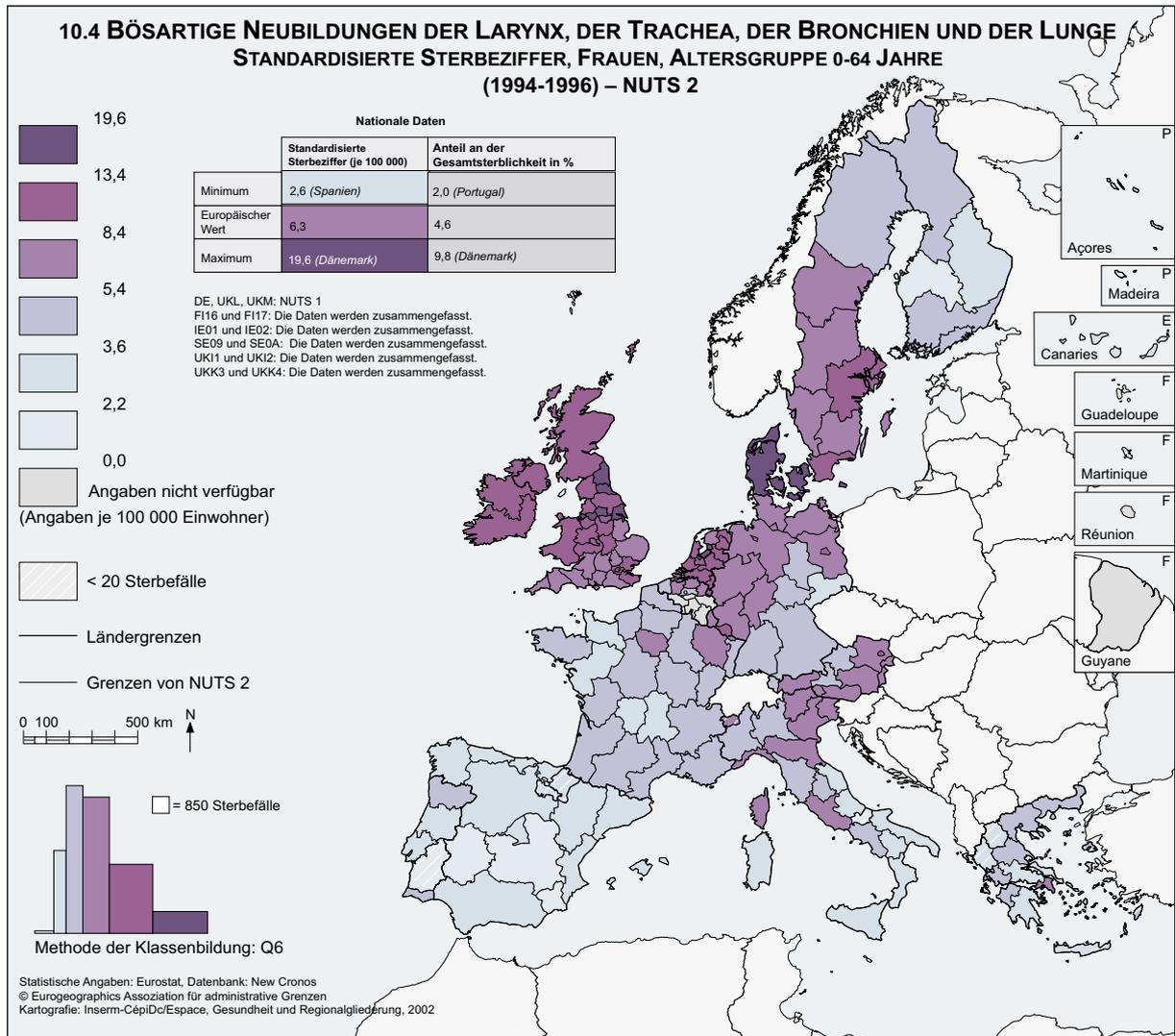
Der Zusammenhang zwischen Tabakkonsum und Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege gilt inzwischen als gesichert. Die Regionen mit Übersterblichkeit sind Gebiete, in denen der Tabakkonsum höher ist oder war als in anderen Gebieten. Allerdings liegen nicht genügend zuverlässige Daten über den Tabakkonsum in der Vergangenheit vor, um diesen Zusammenhang präzise zu messen.

Trotzdem lassen Untersuchungen über den Tabakkonsum nach sozioökonomischen Kategorien bei Männern erkennen, dass dieser unter Arbeitern sehr viel stärker verbreitet ist. So sind die hohen Sterbeziffern bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege in den Industriegebieten wahrscheinlich ein Indikator für die Sterblichkeit einer männlichen Bevölkerung

mit hohem Tabakkonsum, die gleichzeitig an ihrem Arbeitsplatz häufiger Risiken ausgesetzt ist.

Die Entwicklung des Tabakkonsums in der Europäischen Union seit den 70er Jahren ist eine mögliche Erklärung für die Unterschiede zwischen den Karten für alle Altersgruppen zusammen und den Karten für die Altersgruppen der unter 65-Jährigen. In den meisten europäischen Ländern ist dieser Tabakkonsum seitdem dank eines stärkeren Risikobewusstseins zurückgegangen. Allerdings war dieser Rückgang in den Mitgliedstaaten sehr unterschiedlich. So ist der Tabakkonsum z. B. im Vereinigten Königreich stärker zurückgegangen als in Frankreich. Daher lässt sich dort auch eine geringere Frühsterblichkeit bei Männern beobachten.

In Frankreich und in den übrigen südlichen Ländern der Union nimmt derzeit der Tabakkonsum unter Jugendlichen wieder zu. Wenn sich diese Entwicklung nicht wieder umkehrt, ist mit einem erneuten Anstieg der Mortalität zu rechnen.



### Eine spezifische regionale Verteilung der weiblichen Sterblichkeit

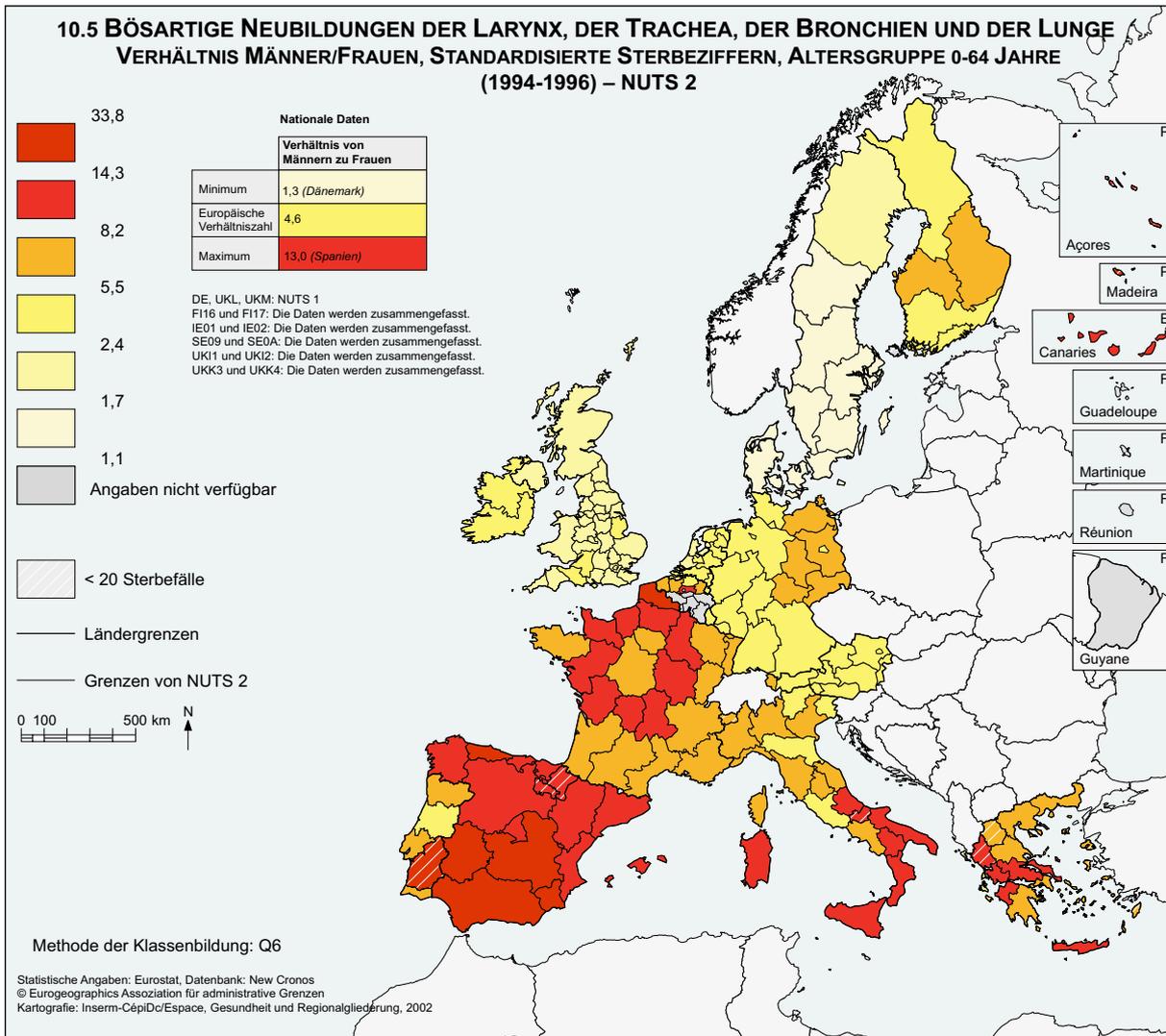
Die Verteilung der weiblichen Sterbeziffern bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege bildet regionale Muster, die sich von denjenigen der Männer unterscheiden.

Eine breite Zone der Übersterblichkeit erstreckt sich von den Britischen Inseln über die südlichen Regionen Schwedens und Finnlands bis nach Westdeutschland. Mit Ausnahme Österreichs und Norditaliens bleiben die Frauen der Mittelmeerländer davon relativ verschont. Die Iberische Halbinsel stellt eine homogene Zone mit einer sehr niedrigen Sterbeziffer dar, die bis zu 12-mal niedriger ist als in Dänemark. Die regionalen Mortalitätsraten variieren stark (im Verhältnis 14:1).

Diese sehr unterschiedliche regionale Verteilung lässt sich durch den unterschiedlichen Tabakkon-

sum von Frauen in Nord und Süd erklären. In den nördlichen Ländern ist der Tabakkonsum von Frauen ein altes Phänomen. In den südlichen Ländern lässt sich derzeit ein erheblicher Anstieg des Tabakkonsums bei Frauen feststellen. Dies wird vor allem in den städtischen Gebieten deutlich, wo sich mit Ausnahme des Vale de Tejo (Lissabon) und der Comunidad de Madrid die Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen der Atemwege bei den Frauen den Werten der nördlichen Länder annähert.

In den südlichen Ländern ist der Tabakkonsum zurzeit vor allem bei jungen Frauen stark verbreitet (in der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Frauen in sehr viel höherem Maße als in der männlichen Bevölkerung). Es ist daher sehr wahrscheinlich, dass sich die derzeitige regionale Verteilung in Zukunft ändern und die Sterbeziffer der Frauen im Süden der Union sich an die im Norden annähern wird.



### Das Sterberisiko der Männer ist immer höher als das der Frauen, aber die geschlechtsspezifischen Unterschiede variieren sehr stark

Obwohl der Tabakkonsum bei Frauen in der Europäischen Union immer mehr zunimmt, werden Männer noch immer stärker von bösartigen Neubildungen der Atemwege betroffen. Das Verhältnis der männlichen Übersterblichkeit in den Bevölkerungsgruppen der unter 65-Jährigen ist in den europäischen Regionen sehr konträr. Die regionale Verteilung dieser männlichen Übersterblichkeit zeigt einen deutlichen Gegensatz zwischen den nordeuropäischen und den südeuropäischen Ländern.

In den nördlichen Ländern, wo die weibliche Sterblichkeit an diesen Krankheiten hoch ist, ist die männliche Übersterblichkeit gering. In Schweden und in Dänemark sind ebenso viele Männer und Frauen von den bösartigen Neubildungen der Atemwege betroffen. Im Gegensatz dazu ist in den Mittelmeerländern,

vor allem in Spanien, die männliche Übersterblichkeit sehr ausgeprägt. Es ist wahrscheinlich, dass sich diese Tendenz in Zukunft in Mitgliedstaaten wie Spanien oder Frankreich ändern wird, und zwar im selben Maße, wie der Tabakkonsum bei den Frauen zunimmt und sich bei den Männern stabilisiert.

Die regionalen Unterschiede sind daher mit Vorsicht zu interpretieren, denn sie spiegeln häufig den Tabakkonsum in der Vergangenheit wider. Dieses Verhalten ändert sich jedoch in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und von den sozialen Kategorien. Außerdem kommen zum Tabakkonsum noch andere Risikofaktoren hinzu, vor allem beruflicher Art. Die Auswirkungen dieser Faktoren wurden bisher noch nicht ausreichend untersucht.

Angesichts der derzeitigen Entwicklung beim Tabakkonsum in den einzelnen Mitgliedstaaten ist davon auszugehen, dass sich die Ungleichheiten zwischen Ländern und Regionen, die sich zurzeit auf europäischer Ebene beobachten lassen, in Zukunft verschieben werden.