



Statistiken zur Gesundheit

Atlas zur Sterblichkeit in der Europäischen Union

Kapitel 19 Alkoholbedingte Sterblichkeit

Daten 1994-1996

3



EUROPÄISCHE
KOMMISSION

Inserm

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



UNIVERSITÉ PARIS X NANTERRE



THEMENKREIS 3
Bevölkerung
und soziale
Bedingungen

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>).

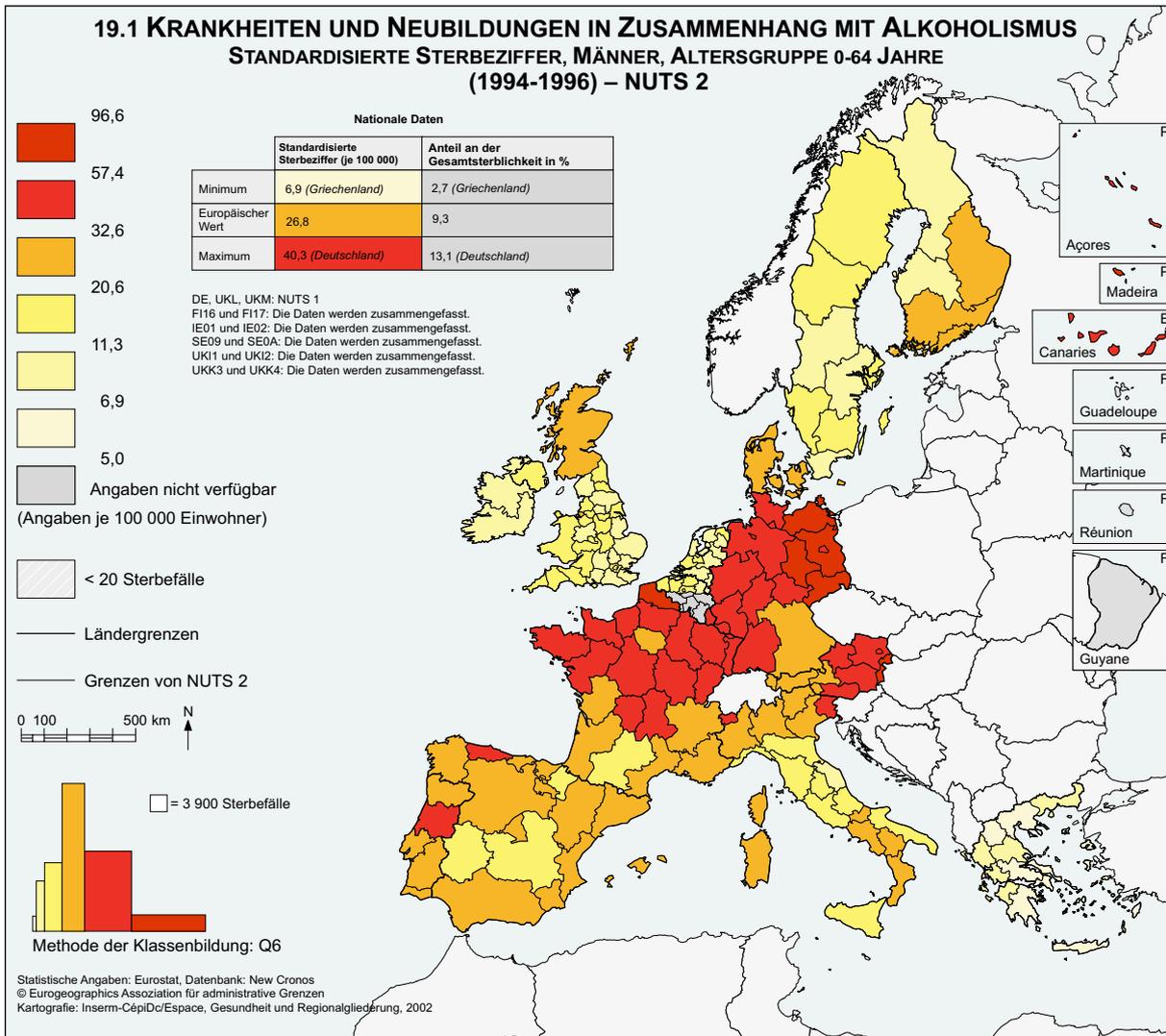
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002

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



19 Alkoholbedingte Sterblichkeit

Es besteht ein direkter Zusammenhang zwischen der Sterblichkeit an Leberzirrhose und den Störungen durch Alkohol mit übermäßigem Alkoholkonsum. In Verbindung mit Tabakkonsum spielt der Alkoholkonsum auch eine entscheidende Rolle bei der Entstehung bösartiger Neubildungen der oberen Luft- und Speisewege (Lippe, Mundhöhle, Pharynx und Ösophagus).

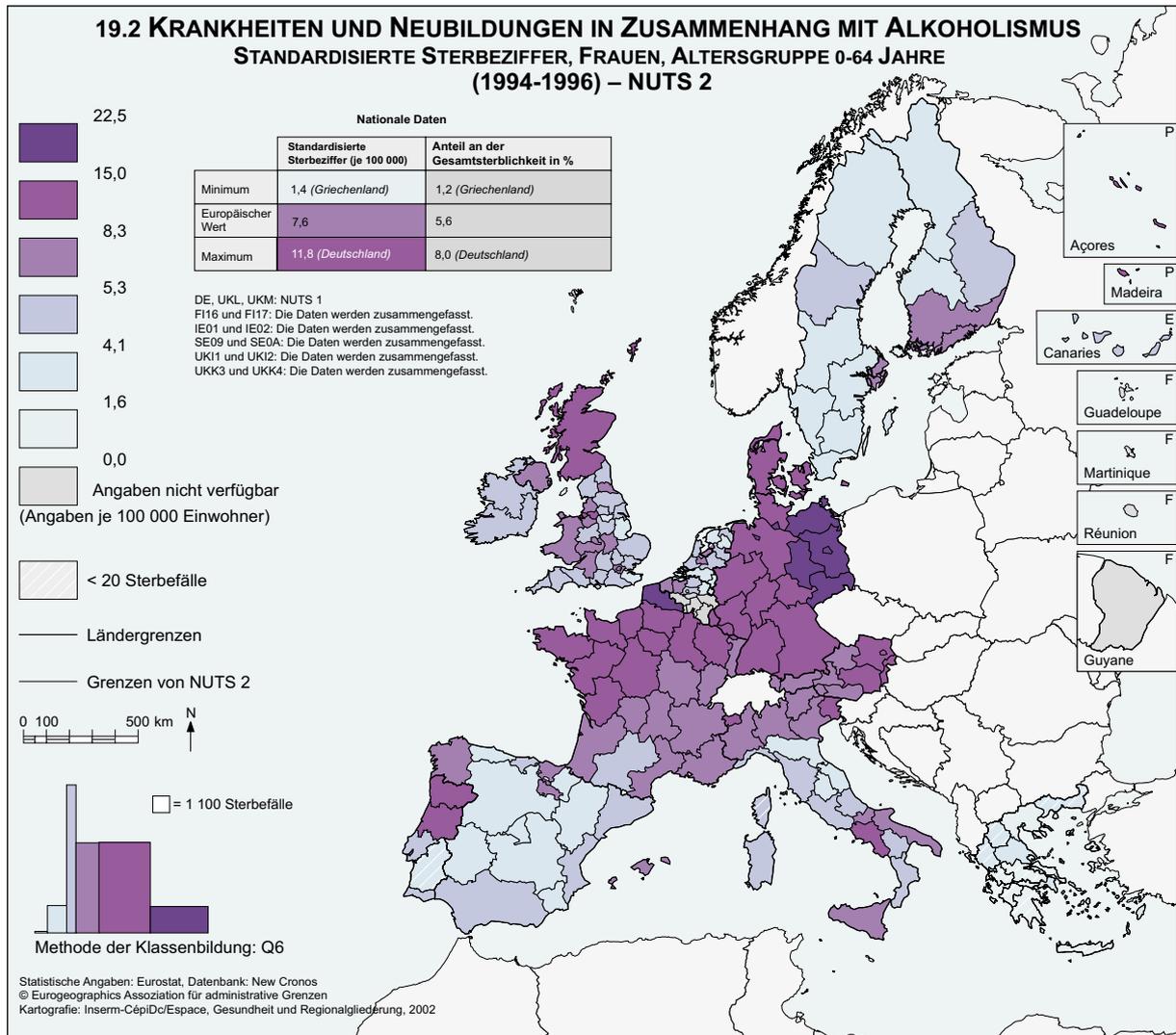
4,2 % der Sterbefälle bei Männern (für alle Altersgruppen und alle Ursachen) gehen auf diese Erkrankungen zurück. Bei den Frauen beträgt dieser Anteil 2,1 %. Von dieser Krankheit ist vor allem die junge Bevölkerung betroffen: sechs von zehn Sterbefällen bei den Männern und fünf von zehn bei den Frauen treten vor dem Alter von 65 auf.

Am stärksten betroffen sind Männer zwischen 45 und 64 Jahren. Die Verteilung der Sterbeziffern für

diese Altersgruppen und für alle Ursachen weist im Übrigen zahlreiche Ähnlichkeiten auf mit der Verteilung der Sterbeziffern bei den alkoholbedingten Krankheiten.

Die Sterbeziffer bei Männern ist viermal so hoch wie bei Frauen. Diese Diskrepanz ist größtenteils Ausdruck des unterschiedlichen Alkoholkonsums von Männern und Frauen. Sieht man jedoch von diesem Unterschied ab, weist die regionale Verteilung der Sterbeziffern von Frauen und Männern zahlreiche Ähnlichkeiten auf. Dies ist ein Indiz für regionale kulturelle Determinanten des Alkoholkonsums.

Die regionalen Unterschiede sind in der Europäischen Union sehr ausgeprägt. Die höchste Rate bei den Männern ist 19-mal so hoch, bei den Frauen sogar 22-mal so hoch wie die niedrigste. Beide Geschlechter zeigen jedoch überwiegend regionale Übereinstimmungen beim Mortalitätsniveau (stark oder schwach). Regionale Unterschiede treten im Wesentlichen unabhängig von nationalen Grenzen auf.



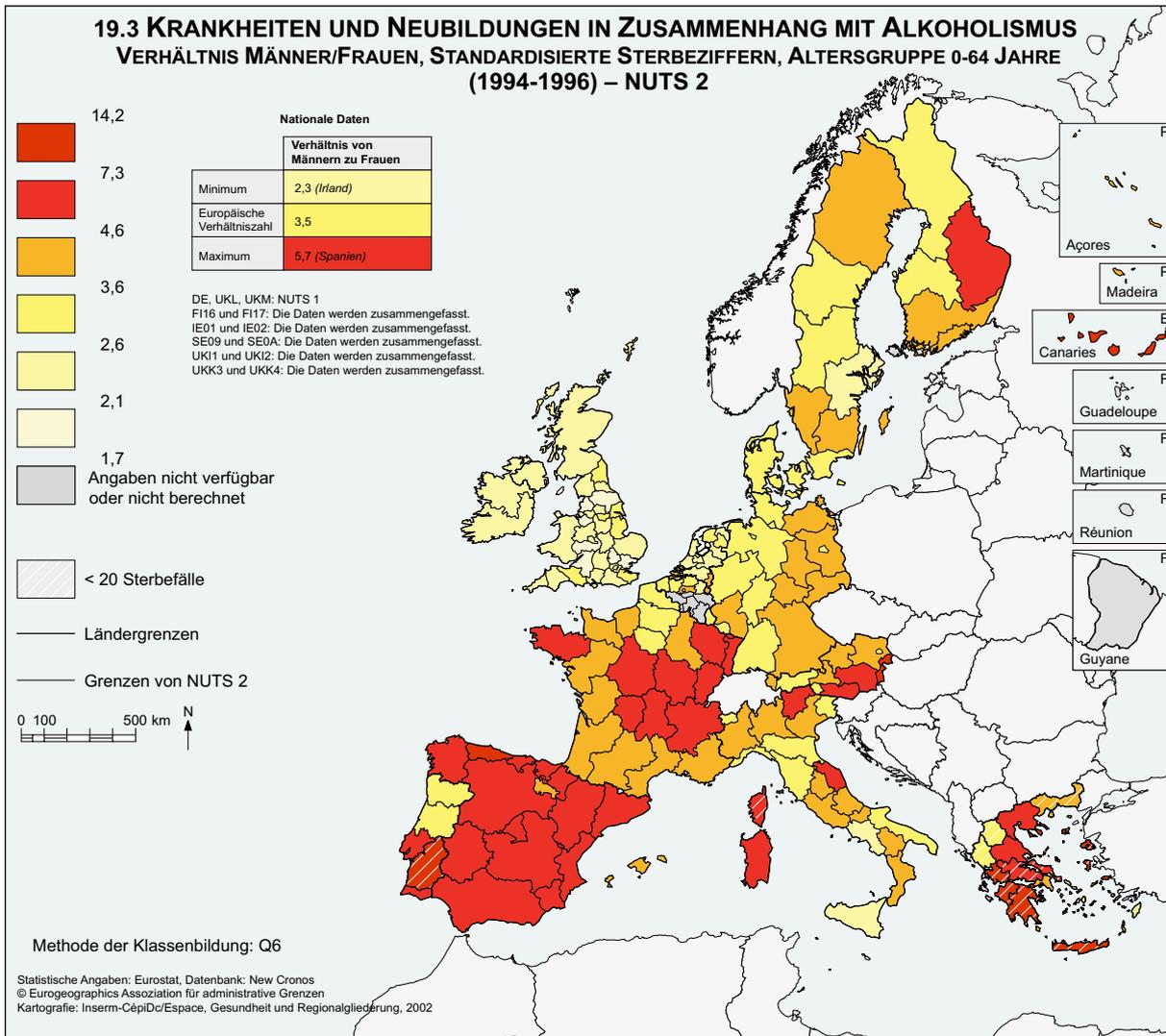
Bei den Männern zeichnet sich ein breites Süd-West-/Nord-Ost-Gefälle der Übersterblichkeit ab. Es reicht von der Iberischen Halbinsel über Frankreich, Norditalien, Österreich, Luxemburg und Deutschland bis Dänemark. Im Vergleich zu diesen Ländern befinden sich die meisten europäischen Regionen in einer Situation der Untersterblichkeit, mit Ausnahme von Süditalien, Schottland und dem Süden Finnlands. Bei den Frauen sind die Regionen mit hohen Sterbeziffern dieselben wie bei den Männern, mit Ausnahme von Südportugal und der Provinzen im Zentrum Spaniens.

Innerhalb der am stärksten betroffenen Mitgliedstaaten werden weitere Abstufungen erkennbar. In Deutschland ist ein Ost-West-Gegensatz erkennbar, mit einer ausgeprägten Übersterblichkeit im Osten. In Österreich sind die Donauländer stärker betroffen als die Alpenländer. In Frankreich gibt es ein Nord-Süd-Gefälle zwischen dem Nord-Pas-de-Calais (viermal so hohe Sterbeziffer) und Midi-Pyrénées. Bei den Frauen lässt sich in

Frankreich allgemein ein deutlicher Nord-Süd-Gegensatz beobachten.

Aus diesen Abweichungen innerhalb der einzelnen Mitgliedstaaten lassen sich Unterschiede im Alkoholkonsum ableiten, die wiederum mit kulturellen und sozioökonomischen Faktoren zusammenhängen. In Frankreich und Deutschland sind jene Regionen am stärksten betroffen, in denen ein großer Teil der Bevölkerung mit wirtschaftlichen und sozialen Problemen konfrontiert ist.

Europäische Untersuchungen haben gezeigt, dass der Beruf und die soziale Schicht eine entscheidende Rolle bei der alkoholbedingten Sterblichkeit spielen. Allerdings kann man nicht behaupten, dass die alkoholbedingte Sterblichkeit ausschließlich mit dem sozioökonomischen Niveau der Regionen zusammenhängt. Griechenland stellt hier ein gutes Gegenbeispiel dar: Sein BIP ist das niedrigste in der Europäischen Union: dennoch hat es die niedrigs-



ten Sterbeziffern für alkoholbedingte Krankheiten in der Union.

Die regionalen Abweichungen in Europa lassen sich sowohl durch die unterschiedliche Höhe des mengenmäßigen Alkoholkonsums erklären wie auch durch unterschiedliche Trinkkultur (Häufigkeit des Konsums und Art der Getränke). In den skandinavischen und den angelsächsischen Ländern wird Alkohol eher gelegentlich konsumiert, z. B. an den Wochenenden. In Mitgliedstaaten wie Deutschland, Spanien, Frankreich oder Italien wird im Allgemeinen täglich Alkohol konsumiert.

Bei den Männern beobachtet man bei diesen Krankheiten regionale Unterschiede, die denen bei den bösartigen Neubildungen der Atemwege ähneln (vgl. Kapitel 10). Bösartige Neubildungen der oberen Luft- und Speisewege, die einen wesentlichen Anteil an den alkoholbedingten Todesursachen haben, werden häufig in Bevölkerungsgruppen beobachtet, die gleichzeitig Alkohol und Tabak konsumieren. In den Regionen mit Übersterblichkeit sind die hohen Sterbeziffern auf die Multiplikatorwirkung dieser beiden Risikofaktoren zurückzuführen.