



Statistiken zur Gesundheit

Atlas zur Sterblichkeit in der Europäischen Union

Kapitel 21 Aids

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>).

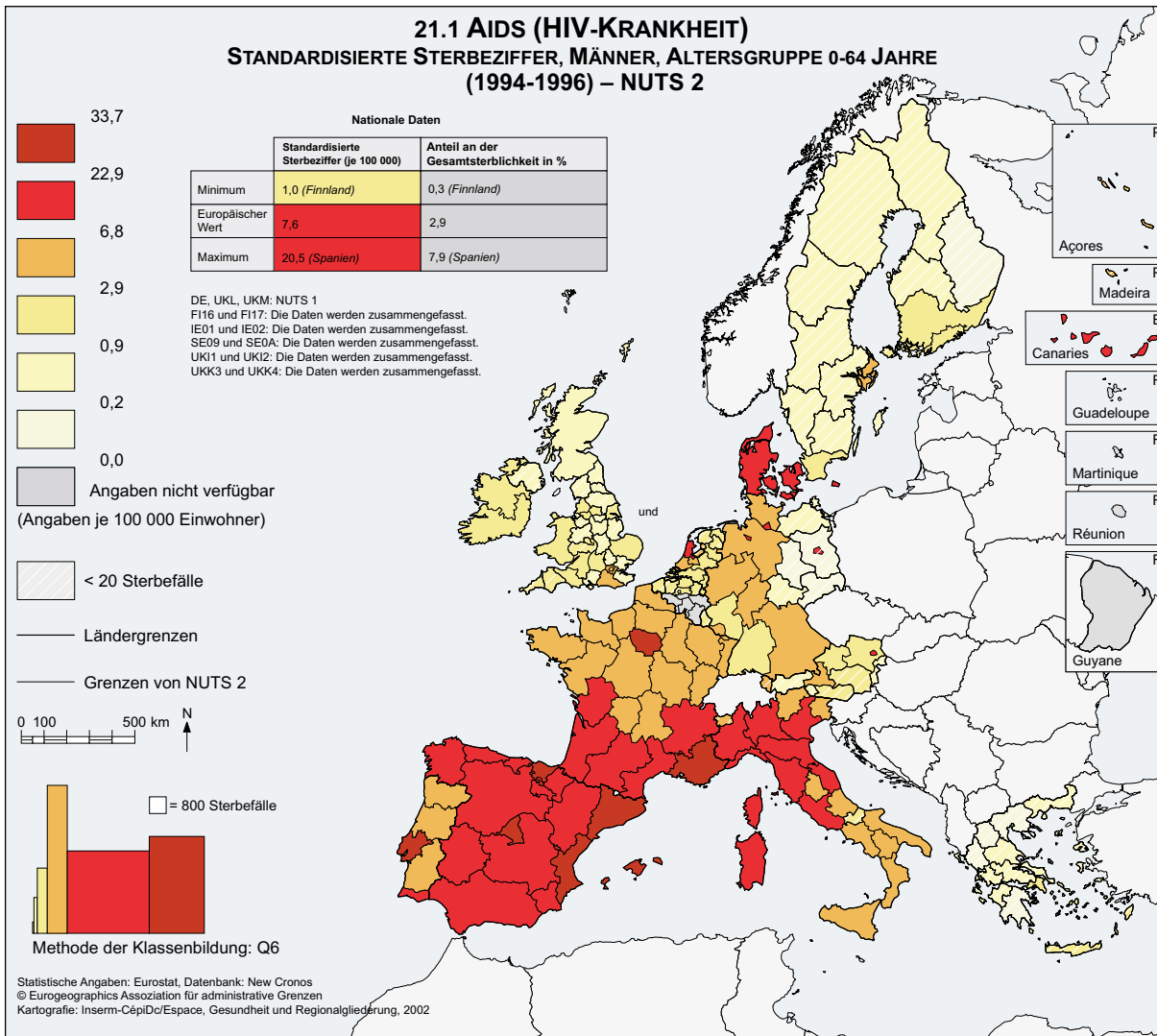
Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 2002

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



21 Aids

Aids betrifft vor allem junge Männer. Inzwischen ist Aids in der Altersgruppe der 25- bis 44-Jährigen sogar die dritthäufigste Todesursache (vgl. die Sterblichkeit nach Altersgruppen in Kapitel 5). Am häufigsten wird das Virus durch homosexuelle Kontakte übertragen. Das andere wichtige Ansteckungsrisiko ist die gemeinsame Nutzung infizierter Spritzen durch Drogenabhängige.

Die weibliche Bevölkerung ist weniger stark betroffen, aber die Ansteckung über heterosexuelle Kontakte und über vertikale Übertragung nimmt zu.

Die Überlebenschancen der Kranken hängen von einer Reihe von Faktoren ab: vor allem vom Alter des Infizierten zum Zeitpunkt der Feststellung der Erkrankung, dem Jahr der Feststellung, dem Einsatz neuer Therapien, der Art der Primärerkrankung, die mit der Stärke des Immunsystems des Patienten zusammenhängt. Die Fortschritte in der Therapie ha-

ben bewirkt, dass Aids-Kranke heute eine sehr viel höhere Lebenserwartung haben, als dies bei den ersten Opfern der Epidemie der Fall war.

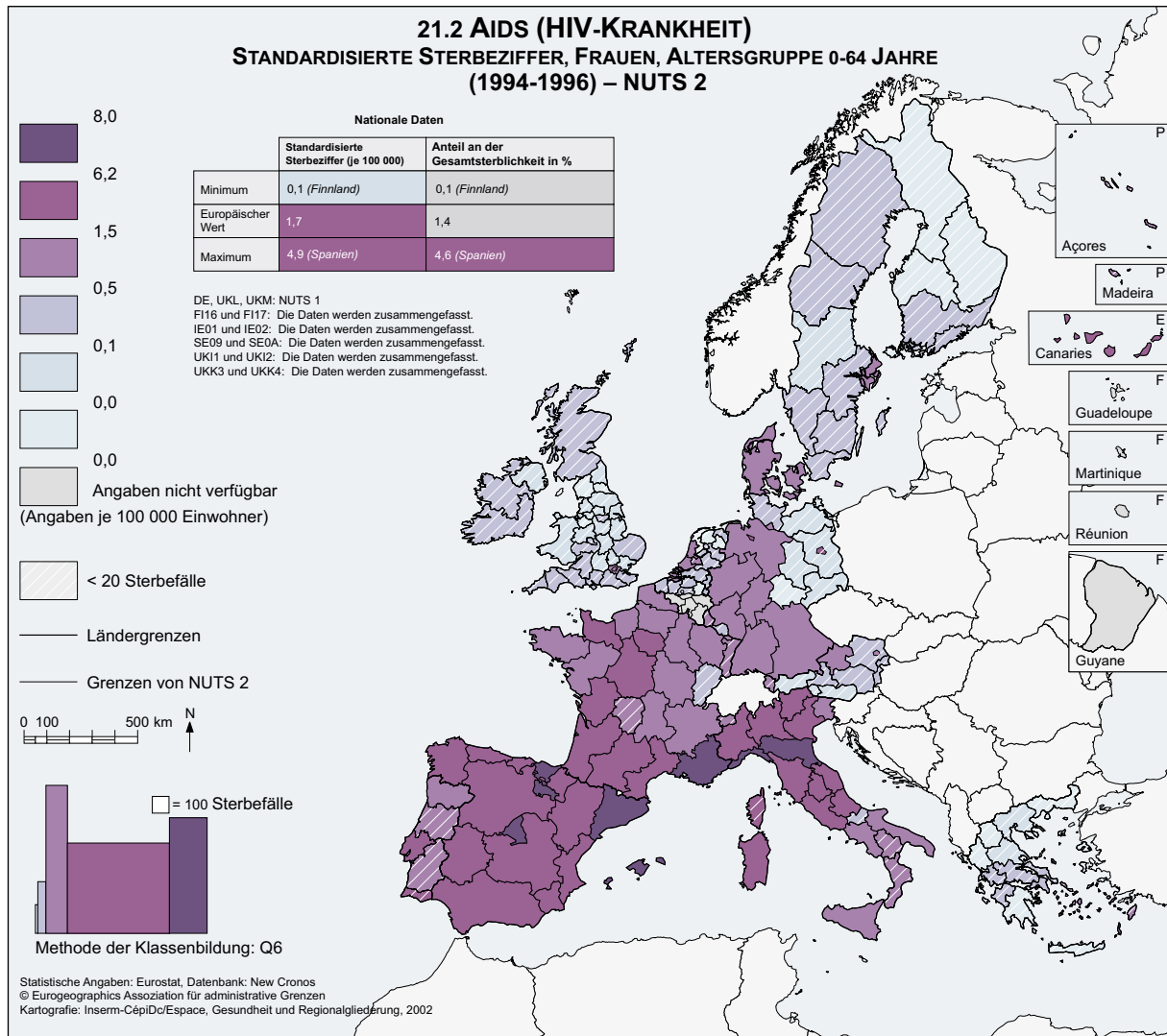
Stark ausgeprägte Mortalitätsunterschiede

Aids ist die Todesursache, bei der die Spannweite der regionalen Mortalitätsunterschiede in der Europäischen Union am größten ist.

Die Kartografie der Sterbeziffern ergibt stark zerteilte regionale Muster, die sich kaum bei Männern und Frauen unterscheiden, obwohl die Zahlen bei den Frauen sehr viel niedriger sind.

Eine breite Zone der Übersterblichkeit umfasst die spanischen Provinzen, Südfrankreich, Norditalien und die Algarve in Portugal sowie die Mittelmeerinseln (Balearn, Korsika, Sardinien).

Innerhalb dieser Zone der Übersterblichkeit weisen einige Regionen besonders hohe Sterbeziffern auf:



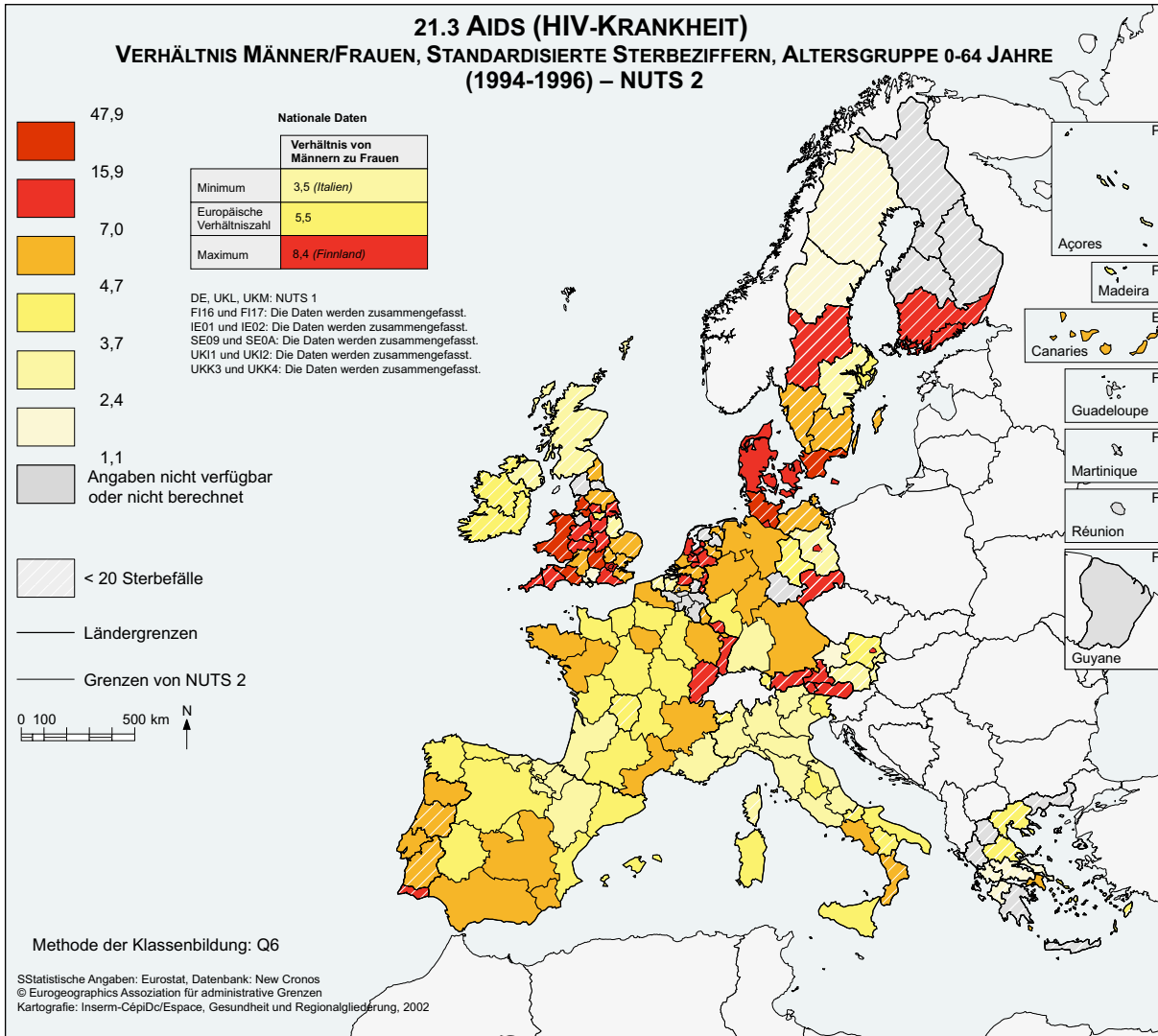
Katalonien, die Comunidad Valenciana, das Pais Vasco (E), die Region Provence-Alpes-Côte d'Azur (F). Die Comunidad de Madrid ist ebenfalls in stärkerem Maße betroffen. In den meisten europäischen Regionen weist die Umgebung von Hauptstädten höhere Sterbeziffern auf. Dies bestätigt, dass Aids in erster Linie ein städtisches Problem ist. In Portugal sind die Sterbeziffern in Lissabon und im Vale do Tejo sehr hoch im Vergleich zu den übrigen portugiesischen Provinzen. Derselbe Gegensatz lässt sich zwischen der Île-de-France und den Regionen der nördlichen Hälfte Frankreichs feststellen. Im Westen Deutschlands hat Aids in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg einen größeren Einfluss auf die Sterblichkeit.

Die ungünstige Situation der großen städtischen Regionen ist noch auffälliger in den Mitgliedstaaten, in denen Aids einen weniger großen Einfluss auf die Mortalität hat, z. B. in den Niederlanden (Noord- und Zuid-Holland) und in Österreich (Wien). Am deutlichsten wird dieser Gegensatz jedoch in

Ostdeutschland, wo der Kontrast zwischen Berlin und dem übrigen Gebiet mit besonders niedrigen Sterbeziffern besonders extrem ist.

In einigen Mitgliedstaaten sind die Gegensätze weniger ausgeprägt. In Griechenland ist der Einfluss der Epidemie auf die Sterblichkeit im gesamten Land gering (einschließlich Attika, der Region, in der Athen liegt). Dieses Land stellt innerhalb von Südeuropa eine Ausnahme dar. Es befindet sich in derselben Situation wie die nördlichen Länder: Auf den Britischen Inseln, in Schweden, Finnland und Belgien ist der Einfluss von Aids auf die Gesamtsterblichkeit insgesamt gering. Allerdings sind die Sterbeziffern in Stockholm und in der Region um London höher. Im Norden der Europäischen Union scheint lediglich Dänemark stark betroffen zu sein.

Diese großen Gegensätze lassen sich vielleicht dadurch erklären, dass in einigen europäischen Regionen die Epidemie bereits seit langem existiert. Ein anderer Grund könnte jedoch auch die unter-



schiedliche Effizienz der Vorbeugungskampagnen in den einzelnen Ländern sein.

Allerdings kommt der Frage der Prävention in den einzelnen Mitgliedstaaten unterschiedliche Bedeutung zu. Die Verbreitung der Aids-Infektion ist von Mitgliedstaat zu Mitgliedstaat unterschiedlich.

Im Norden der Union, vor allem in Dänemark, Deutschland, den Niederlanden und im Vereinigten Königreich, sind vor allem Homosexuelle von der Krankheit betroffen. In den südlichen Ländern dagegen, vor allem in Italien und Spanien, bilden die Drogenabhängigen die größte Gruppe.